MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RECUEILS D'INFORMATIONS STANDARDISÉS DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Bulletin officiel
N° 2013/7 *bis*
Fascicule spécial

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RECUEILS D'INFORMATIONS STANDARDISÉS DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Date de publication : avril 2013
Directeur de la publication : François Carayon
Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : bureau de la politique documentaire
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, tél. : 01-40-56-45-44

PRÉAMBULE

Ce guide, applicable à partir du 1er mars 2013, est l'annexe de l'arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace la version précédente (*Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile*, *Bulletin officiel spécial* n° 2012/7 *bis*).

La principale modification du guide pour 2013 a pour objectif de tenir compte des deux nouveaux décrets[1] de septembre 2012 élargissant le champ d'intervention des établissements de santé d'hospitalisation à domicile à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. En outre, il intègre de nouvelles consignes de codage. Il décrit :

- les conditions de production et le contenu des résumés de l'information administrative et médicale du patient et du séjour (chapitre I) ;
- les règles générales d'emploi de la CIM-10 et précise les consignes de codage du polyhandicap lourd et des accidents vasculaires cérébraux (chapitre II) ;
- les conditions de production et le contenu des recueils relatifs à la facturation de l'activité en HAD (chapitre III) ;
- la transmission, le chainage anonyme, la confidentialité, la qualité et la conservation des informations (chapitre IV).

Par ailleurs, les évolutions de la classification des groupes homogènes de prise en charge ont permis de symétriser les combinaisons de modes de prise en charge : 6 associations sont concernées et il en résulte 12 nouveaux groupes à partir du premier mars 2013.

Le guide 2013 s'est enrichi d'autres exemples de description et de codage des diagnostics et des modes de prise en charge que ceux de pédiatrie : pour des situations d'accidents vasculaires cérébraux (chapitre II), dans l'appendice F des modes de prise en charge en HAD, dans les définitions et le codage de certains états morbides repris à la fin de l'appendice H.

[1] Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ; Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Des informations complémentaires sont disponibles dans les appendices du guide mais aussi :

1. sur le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) :

   - *cf. Notice technique PMSI 2013 tous champs d'activité* parue le 09/01/2013 ;
   - *cf. Formats PMSI 2013* parus le 19/12/2012 décrivant les formats prévus pour tous les recueils 2013 du PMSI en HAD ;
   - *cf. Manuel PAPRICA* mis à jour régulièrement ;

2. dans le *Guide de lecture et de codage* de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;

3. dans les trois volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, édition 2008 (CIM–10) ; OMS éd.

Il est en outre conseillé de se reporter en tant que de besoin aux textes officiels cités dans ce guide : codes de la santé publique et de la sécurité sociale, autres textes législatifs et règlementaires, circulaires et instructions disponibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou celui du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

SOMMAIRE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE 5

1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS 5
1.1 CHAMP DU RECUEIL 5
1.2 POUR CHAQUE SÉJOUR, DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE 5
1.2.1 Le séjour 6
1.2.2 La séquence 6
1.2.3 La sousséquence 7

2. CONTENU DU RECUEIL DES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES 7
2.1 LES INFORMATIONS DU RÉSUMÉ PAR SOUSSÉQUENCE 7
2.1.1 Informations relatives à l'établissement de santé 7
2.1.2 Informations relatives à l'identification du patient et à ses mouvements 8
2.1.3 Informations identifiant la séquence au sein du séjour 12
2.1.4 Informations décrivant l'état de santé du patient au cours de la séquence 12
2.1.5 Informations relatives au recueil 17
2.1.6 Informations identifiant la sousséquence 17
2.2 GROUPAGE DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE 18
2.3 LE RÉSUMÉ ANONYME PAR SOUSSÉQUENCE 19
2.4 LE FICHIER COMPLÉMENTAIRE DES CONVENTIONS ESHAD-ESMS 20
2.5 FORMATS 21

II. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10E RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES 22

1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10 22

2. DIRECTIVES PROPRES AU CODAGE DU POLYHANDICAP LOURD ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX 23
2.1 LE POLYHANDICAP LOURD 23
2.2 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX 23
2.2.1 Types d'accidents 23
2.2.2 Manifestations cliniques des AVC 24
2.2.3 Étiologies, séquelles, antécédents d'AVC 24
2.2.4 Description de situations d'AVC 25

III. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE 28

1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 28

2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a*, *b* ET *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS 29
2.1 LE FICHIER VID-HOSP 29
2.2 LE RECUEIL FICHCOMP 31

IV. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 32

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS 32

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME 32

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME 33
3.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a*, *b* ET *c* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 33
3.1.1 Création du numéro anonyme du patient 33
3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation 34
3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation 34
3.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS 34
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME e-PMSI 35

4. CONFIDENTIALITÉ 35

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS 35

6. CONSERVATION DES FICHIERS 36

V. APPENDICES 37

Appendice A – Modalités de tarification de l'activité en HAD ; interventions de l'HAD dans les ES/ESMS 38

Appendice B – Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky 42

Appendice C – Caractéristiques des groupes homogènes de prise en charge 44

Appendice D – Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge 94

Appendice E – Échelle des groupes homogènes de tarifs (GHT) 95

Appendice F – Modes de prise en charge, tableaux croisés, exemples de codage des MP en pédiatrie, récapitulatif des intitulés et des positions d'enregistrement des modes de prise en charge 96

Appendice G – Indice de Karnofsky 135

Appendice H – Codes étendus de la CIM–10 ; définitions et codage de certains états morbides 136

Appendice I – Cotation de la dépendance selon la grille PMSI des activités de la vie quotidienne 155

Appendice J – Fonction groupage HAD 163

Appendice K – Listes des codes de la CIM–10 pour l'identification du polyhandicap lourd 165

Appendice L – Liste des abréviations 171

VI. INDEX ALPHABÉTIQUE 173

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) publique et privée repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le *résumé par sousséquence*, et sur le traitement méthodique de ces données.

Toute hospitalisation à domicile doit donner lieu à la production d'un ou de plusieurs résumés par sousséquence (RPSS).

L'anonymisation du RPSS est à l'origine du *résumé anonyme par sousséquence* (RAPSS) qui est transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement de santé.

À ces résumés de l'information administrative et médicale s'ajoutent des recueils d'informations relatifs à la facturation de l'activité : *résumés standardisés de facturation* (RSF), transmis à l'ARS après anonymisation sous la forme de *résumés standardisés de facturation anonymes* (RSFA).

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu du RPSS et du RAPSS.

1. CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1 CHAMP DU RECUEIL

Il est celui de la structure ou établissement de santé d'hospitalisation à domicile (ESHAD) qui détient l'autorisation, identifiée par son numéro dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

1.2 POUR CHAQUE SÉJOUR, DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE

Les notions de séquence et sousséquence sont définies *infra*, dans les points 1.2.2 et 1.2.3.

La production de **résumés par sousséquence** (RPSS) est obligatoire pour tous les patients pris en charge dans des places autorisées d'HAD. Le RPSS est composé d'informations démographiques et relatives à la prise en charge administrative et médicale du patient.

Il comporte des informations relatives :

1. au **séjour** : caractéristiques sociodémographiques du patient et éléments de sa prise en charge administrative par l'établissement de santé ;
2. à la **séquence** : informations médicales susceptibles d'évolution au cours du séjour ;
3. à la **sousséquence**, autorisant un découpage temporel d'une séquence de soins pour la facturation suivant les modalités de la tarification à l'activité (T2A).

Retour sommaire

Les informations du RPSS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient[1]. Cette obligation fait notamment référence à la tenue des contrôles prévus par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

1.2.1 Le séjour

Le séjour débute le **jour de l'admission du patient** dans l'ESHAD. Par « jour de l'admission » on entend le premier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de l'HAD. Sa date est la date d'entrée du séjour (*cf.* le point 2.1.2). Il est considéré comme le jour 1 (J1) de la prise en charge.

Le séjour se termine le **jour de la sortie** du patient de l'ESHAD. Par « jour de la sortie » on entend le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de l'HAD. Sa date est la date de sortie du séjour (*cf.* le point 2.1.2).

En conséquence, un séjour en HAD est défini comme la période de soins comprise entre le jour de l'admission et le jour de la sortie, ces deux jours inclus.

Le jour de la sortie donne lieu à la facturation d'une journée, **sauf si le séjour s'achève par un transfert du patient**[2].

1.2.2 La séquence

Une **séquence** de soins est définie par une valeur donnée – une combinaison singulière – de chacune des trois variables nommées : *mode de prise en charge principal* (MPP), *mode de prise en charge associé* (MPA) et *indice de Karnofsky* (IK)[3].

La séquence reste la même tant que la valeur des trois variables ne change pas ; la séquence change aussitôt que l'une au moins des trois variables est modifiée.

MPP, MPA et IK doivent être évalués au moins une fois par semaine.

Il en résulte qu'une séquence de soins donnée s'achève :

- soit lorsque l'une au moins des trois variables change de valeur ; le patient entre alors dans une nouvelle séquence de soins : l'hospitalisation, donc le résumé de l'hospitalisation, se poursuit ;
- soit lorsque le patient sort d'HAD : l'hospitalisation s'achève au terme de sa dernière séquence.

Les différentes séquences de soins d'un même séjour sont numérotées de façon séquentielle[4]. Une réinitialisation de la numérotation doit être réalisée pour chaque nouveau séjour.

---

[1] Pour le contenu minimum de ce dossier, *cf.* l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

[2] Arrêtés relatifs à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dits « arrêtés prestations ». L'acception du mot « transfert » est ici celle des codes de la sécurité sociale et de la santé publique ; *cf. infra* ce qui concerne le mode de sortie dans le point 2.1.2.

[3] *Cf.* le point 2.1.4.

[4] *Cf.* le point 2.1.3.

Retour sommaire

1.2.3 La sousséquence

Une séquence de soins pouvant durer plusieurs semaines, la sousséquence autorise un découpage temporel permettant un rythme de facturation compatible avec le fonctionnement de l'établissement de santé. Il est donc produit une facture pour chaque sousséquence.

Le découpage des séquences en sousséquences n'obéit à aucun modèle, il est réalisé au gré des ESHAD. Il importe toutefois qu'il n'existe pas de sousséquence incluant le dernier jour du mois de février et le 1er mars, la campagne tarifaire débutant chaque année à cette date. **En conséquence, une sousséquence en cours le dernier jour de février doit obligatoirement être close à cette date et une nouvelle sousséquence ouverte le 1er mars.**

Les différentes sousséquences d'une même séquence de soins sont numérotées de façon séquentielle[5]. Une réinitialisation de la numérotation des sousséquences est réalisée pour chaque nouvelle séquence de soins.

2. CONTENU DU RECUEIL DES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES

2.1 LES INFORMATIONS DU RÉSUMÉ PAR SOUSSÉQUENCE

2.1.1 Informations relatives à l'établissement de santé

Tout d'abord, il convient de rappeler qu'une *entité juridique* (EJ) correspond à la notion de personne morale : une personne morale exerce son activité dans un/des établissement(s) ; elle représente juridiquement l'établissement/l'ensemble de ces établissements ; un *établissement* (ET) correspond à une implantation géographique. De plus, quand dans une même implantation, plusieurs activités dépendent de budgets distincts, on identifie autant d'établissements dans le même lieu que de budgets distincts. Par exemple :

- un centre hospitalier régional (EJ) peut avoir plusieurs implantations géographiques et, dans certaines de ses implantations, avoir un service de soins de longue durée qui dépend d'un budget annexe ; il existe dans la nomenclature FINESS autant de codes d'établissements (ET) que d'implantations géographiques et de services dépendant de budgets annexes ;
- une association gère un ESHAD et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; le numéro FINESS de l'entité juridique est celui qui identifie l'association gestionnaire ; la structure sanitaire (l'ESHAD) et la structure médicosociale (l'EHPAD) émargeant sur des budgets différents, il existe deux numéros FINESS établissement.

Il convient aussi de rappeler la règle selon laquelle la transmission des données PMSI via la plateforme e-PMSI[6] s'effectue au niveau de :

- l'entité juridique pour les établissements publics de santé ;
- l'entité géographique pour les autres établissements (ESPIC, cliniques privées…).

[5] *Cf.* le point 2.1.6.

[6] Elle est présentée dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004.

Retour sommaire

En HAD, il est demandé de saisir dans le RPSS, les deux numéros FINESS de l'établissement de santé : le juridique et le géographique (*cf*. ci-dessous). Dans les autres cas où il est demandé de renseigner un numéro FINESS (dans le RPSS et dans le fichier des conventions HAD-ESMS par exemple), c'est le numéro FINESS géographique de l'établissement social ou médicosocial où intervient l'ESHAD qui devra être saisi[7].

❒ Numéro FINESS d'inscription e-PMSI

En 2013, le terme « FINESS d'inscription e-PMSI » remplace le terme « FINESS juridique » ; le numéro FINESS de l'ESHAD figurant dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) doit être enregistré dans le RPSS ; il s'agit :

- du numéro FINESS de l'entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- du numéro FINESS de l'entité géographique pour les établissements de santé privés.

Ainsi, le numéro FINESS d'inscription e-PMSI est identique au numéro FINESS de l'établissement (code géographique) pour les établissements de santé privés, et il est différent pour les établissements de santé publics.

❒ Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)

2.1.2 Informations relatives à l'identification du patient et à ses mouvements

❒ Numéro de séjour en HAD

Il est recueilli **dans les seuls établissements de santé visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale** (établissements autrefois financés par dotation globale, DG).

Il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est préconisé que le numéro de séjour en HAD soit le numéro administratif du séjour (numéro d'hospitalisation, numéro d'entrée). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre lui et le numéro administratif du séjour (fichier dit « HOSP-PMSI », voir le chapitre III).

Le numéro de séjour en HAD est créé le jour de l'entrée ; il change à chaque nouvelle entrée (lors de chaque séjour) en HAD.

Dans les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) (établissements autrefois financés par l'objectif quantifié national, OQN), la saisie du numéro de séjour en HAD est remplacée par celle des **quatre informations suivantes** :

❒ Numéro d'entrée

Il s'agit du numéro d'entrée saisi dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du résumé standardisé de facturation (RSF) associé au RPSS (le RSF est traité dans le chapitre suivant) ;

❒ Numéro de facture

Il s'agit du numéro de la facture saisi dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du RSF associé au RPSS ;

[7] *Cf.* les points 2.1.3. et 2.4.

Retour sommaire

❒ Séjour facturable à l'assurance maladie

Elle correspond à l'information de même intitulé saisie jusqu'en 2009 dans le fichier VID-HOSP. Son codage est donc le même :

Code 0 *Non* (séjour non facturable à l'assurance maladie)
Code 1 *Oui* (séjour facturable à l'assurance maladie)
Code 2 *En attente de décision quant au taux de prise en charge du patient*
Code 3 *En attente de décision quant aux droits du patient*

❒ Motif de la non facturation à l'assurance maladie, s'il y a lieu

Elle doit être renseignée lorsque la variable *Séjour facturable à l'assurance maladie* est codée « 0 » (séjour non facturable à l'assurance maladie). Dans les autres cas, la zone de saisie est laissée vide.

L'information *Motif de la non facturation à l'assurance maladie* du RPSS est identique à celle de même intitulé saisie jusqu'en 2009 dans le fichier VID-HOSP. Son codage est donc le même :

Code 1 *Patient bénéficiant de l'aide médicale de l'État* (AME)
Code 2 *Patient bénéficiant d'une convention internationale*
Code 3 *Patient payant*
Code 4 *Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents* (article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles)
Code 9 *Autres situations*

Le recueil des informations suivantes est commun à tous les établissements de santé.

❒ Numéro d'identification permanent du patient (NIPP) dans la structure d'HAD

Il est créé lors de la première admission du patient dans l'ESHAD. Il est conservé à chaque nouvelle admission[8].

❒ Date de naissance

La date de naissance réelle du patient est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie pour décrire le jour, le mois, l'année de naissance.

Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut « 01 », soit le premier jour du mois. Si le mois n'est pas connu, on enregistre par défaut le mois de janvier (« 01 »). Si le jour et le mois ne sont pas connus, on enregistre par défaut la date du 31 décembre de l'année de naissance. Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie. Il en résulte que pour une date de naissance inconnue, on enregistre 31/12 et une décennie compatible, par exemple, 31/12/1970 (instruction générale relative à l'état civil du 2 novembre 2004).

Si le patient est l'assuré, la date de naissance figure sur la carte *Vitale* et sur l'attestation associée ; si le patient est ayant droit, elle figure sur l'attestation.

❒ Sexe

Code 1 *Masculin*
Code 2 *Féminin*

❒ Code postal du lieu de résidence du patient, ou du lieu des soins

Il s'agit du code postal du domicile du patient ou du lieu des soins si le patient reçoit les soins ailleurs qu'à son domicile (chez l'un de ses enfants par exemple). Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de noter le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de type *CEDEX* ne doivent pas être utilisés.

Le changement de code postal du domicile ne peut pas, à lui seul, entrainer un changement de séquence. En revanche il entraine un changement de sousséquence. Si un changement du lieu des

[8] La notion d'admission est définie *supra* dans le point 1.2.1.

Retour sommaire

soins d'un patient est à l'origine d'un changement de code postal, mais que la prise en charge continue d'être assurée par le même ESHAD, le changement de code postal n'est pris en compte qu'à l'occasion d'une nouvelle sousséquence[9].

❒ Date d'entrée du séjour

C'est le jour de l'admission dans l'ESHAD, c'est-à-dire le premier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de l'HAD.

❒ Date de sortie du séjour

C'est dans tous les cas le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de l'HAD, y compris en cas de sortie par transfert. On ne doit pas confondre le recueil d'informations (le contenu du RPSS) et la facturation. La date de sortie du séjour enregistrée dans le RPSS doit être celle de la dernière journée de prise en charge effective par l'HAD, y compris en cas de sortie par mutation ou par transfert. Le paiement ou le non-paiement de cette journée dépend du traitement d'aval.

Toute absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée dans un établissement de santé, interrompt l'hospitalisation en HAD.

En revanche, un passage par une structure d'accueil des urgences non suivi d'une hospitalisation, des actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, etc.) subis par un patient dans un établissement de santé au cours d'une journée sans absence de nuit, ou des explorations diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie…), n'interrompent pas l'hospitalisation à domicile, quel que soit le mode de tarification de ces actes.

❒ Mode d'entrée

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 6 *Mutation*

Le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une unité médicale[10] de la même entité juridique. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité dans lequel le patient a été hospitalisé (par exemple, ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier).

Code 7 *Transfert*

Le patient est pris en charge en HAD au terme d'une hospitalisation dans une autre entité juridique (par exemple, patient pris en charge par un ESHAD au terme d'un séjour dans un hôpital ou dans une clinique).

Code 8 *Domicile*

La prise en charge d'HAD ne fait pas suite à une hospitalisation ; le patient vivait à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosociale) avant la prise en charge en HAD (par exemple : prescription de l'HAD par le médecin traitant).

❒ Provenance

Son code précise la provenance du patient lors de l'admission en HAD :

– dans le cas des entrées par transfert ou par mutation :

Code 1	*En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO)*
Code 2	*En provenance de soins de suite et de réadaptation (SSR)*
Code 3	*En provenance de soins de longue durée*
Code 4	*En provenance de psychiatrie*
Code 6	*En provenance d'HAD*[11]

[9] La notion de sousséquence est définie *supra* dans le point 1.2.3.

[10] L'expression « unité médicale » désigne un ensemble individualisé de moyens assurant des soins à des patients hospitalisés, quelle qu'en soit la dénomination (unité fonctionnelle, service, département…).

[11] Par exemple : un patient quitte son domicile, dans lequel il était pris en charge par une structure d'HAD « A », pour aller vivre chez l'un de ses enfants domicilié hors du secteur d'intervention de « A ». Il est alors pris en

Retour sommaire

– dans le cas du mode d'entrée « domicile » :

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale*[12]

Code 8 *Bénéficiait à domicile d'une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*

La *Provenance* n'est pas renseignée et reste vide dans les autres situations de mode d'entrée « domicile ».

❒ Mode de sortie

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 6 *Mutation*
Le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une unité médicale de la même entité juridique. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité dans lequel le patient est hospitalisé (par exemple, ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier).

Code 7 *Transfert*
Le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une unité médicale d'une autre entité juridique (par exemple, patient pris en charge par un ESHAD, sortant pour être hospitalisé dans un hôpital ou dans une clinique).

Code 8 *Domicile*
Le patient reste à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosociale) à la fin de la prise en charge (par exemple, fin des soins pour le mode de prise en charge « retour précoce à domicile après accouchement »).

Code 9 *Décès*
La prise en charge cesse du fait du décès du patient.

❒ Destination

Son code précise la destination du patient à la sortie de l'HAD :

– dans le cas des sorties par transfert ou par mutation :

Code 1 *Vers une unité de MCO*
Code 2 *Vers une unité de SSR*
Code 3 *Vers une unité de soins de longue durée*
Code 4 *Vers une unité de psychiatrie*
Code 6 *Vers un ESHAD*[13]

– ou dans celui du mode de sortie « domicile » :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale* [14]
Code 8 *Bénéficiera à domicile d'une prise en charge par un SSIAD*

La *Destination* n'est pas renseignée et reste vide dans les autres situations de *Mode de sortie* codée 8 *Domicile*

---

charge par une autre structure d'HAD « B » ; celle-ci code un mode d'entrée « 7 » (transfert) et une provenance « 6 » (HAD).

[12] Établissement médicosocial (EMS) avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Les patients hébergés requièrent des soins directement financés par l'Assurance maladie. Par exemple, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissement d'hébergement pour adultes ou enfants handicapés : maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), Institut médico-éducatif (IME), Institut d'Education Motrice (IEM), ….

[13] Par exemple : un patient quitte son domicile personnel, dans lequel il était pris en charge par un ESHAD « A », pour aller vivre chez l'un de ses enfants domicilié hors du secteur d'intervention de « A ». Il est alors pris en charge par un autre ESHAD. « A » code un mode de sortie 7 *Transfert* et une destination 6 *Vers un ESHAD*.

[14] Se reporter à la note 12.

Retour sommaire

❒ Type de lieu de domicile du patient

Code 1 *Domicile personnel du patient*
Code 2 *Autre domicile*
Code 3 *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*
Code 4 *Patient hébergé en établissement médicosocial hors EHPAD*
Code 5 *Patient hébergé en établissement social*

Un changement de type de lieu de domicile impose un changement de sousséquence. Ainsi, si un patient pris en charge à son domicile personnel (code 1) est transféré et pris en charge dans un EHPAD (code 3), il faut clore le précédent RPSS et en ouvrir un nouveau en EHPAD.

❒ Numéro FINESS ESMS

Lorsque le patient est hébergé dans un établissement social (ES) ou dans un établissement médicosocial (EMS), il s'agit du code FINESS de l'établissement (code géographique) dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Cette information est obligatoire dès lors que la variable *Type de lieu de domicile* du patient est codée 3, 4 ou 5 (*cf. supra*).

2.1.3 Informations identifiant la séquence au sein du séjour

❒ Numéro de séquence dans le séjour complet

Il s'agit d'un numéro séquentiel initialisé à 1 à chaque nouveau séjour et qui s'incrémente de 1 à chaque séquence. Il est généré par le logiciel de saisie des informations.

❒ Date de début de séquence

C'est la date du premier jour de la séquence observée (si la séquence est la première du séjour, la date de son début est la date d'entrée du séjour).

❒ Date de fin de séquence

C'est la date du dernier jour de la séquence observée. Si la séquence est la dernière du séjour, la date de sa fin est la date de sortie du séjour. S'il s'agit d'une séquence intermédiaire, elle est égale à la date de début de la séquence suivante moins 1 jour.

2.1.4 Informations décrivant l'état de santé du patient au cours de la séquence

❒ Mode de prise en charge principal (MPP)

Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments[15], etc.

❒ Mode de prise en charge associé (MPA)

Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé (MPA).

S'il existe plusieurs MPA, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

En l'absence de MPA, la zone de saisie ne doit pas être laissée vide : le code « 00 » doit y être porté.

[15] Y compris les médicaments faisant partie de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Retour sommaire

La mention d'un MPA suppose celle d'un diagnostic en rapport (*cf*. ci-après les consignes relatives au recueil des diagnostics), car une prise en charge est toujours motivée par un problème de santé qui doit être décrit.

MPP et MPA doivent être évalués au moins une fois par semaine.

Un mode de prise en charge est enregistré par un numéro. Le fait de ne pas renseigner de MPP ou de renseigner le MPP ou le MPA avec un code non conforme engendre le classement du RPSS dans un groupe-erreur par la *fonction groupage* (FG) (GHPC 9999, *cf.* appendice J).

Les modes de prises en charge susceptibles d'être codés comme MPP et MPA sont répertoriés dans la liste 1 de l'appendice F.

On se reportera à la liste 1 et au premier tableau croisé de l'appendice F qui détaillent toutes les possibilités d'associations des modes de prise en charge en HAD ; s'agissant de la tarification des sousséquences concernées, on se reportera à l'appendice A :

- la plupart des associations MPP X MPA existantes n'engendrent aucun message d'alerte : elles sont *autorisées* par la FG ;
- certaines des associations de MP sont considérées comme *inattendues* (imprévues dans le modèle tarifaire initial : elles sont possiblement redondantes), d'autres ne sont *pas autorisées* et donnent lieu à des messages d'alerte (erreurs non bloquantes) de la FG ;
- enfin, quelques associations de MP sont considérées comme *erronées* et donnent lieu à des messages d'erreur (erreurs bloquantes) de la FG.

Tous les modes de prise en charge ne sont pas autorisés lorsque l'HAD intervient dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) bénéficiant de l'autorisation prévue au 4e alinéa de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles. Dans cette circonstance, sont seuls autorisés :

- comme MPP : les modes n° 03, 04, 05[16], 07, 08, 09, 18, 24 ;
- comme MPA : les modes n° 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24[17].

Les EHPAD sont des établissements médicosociaux (EMS) : on se réfèrera à l'appendice A qui détaille les interventions de l'HAD dans les établissements sociaux et médicosociaux.

❒ Modes de prise en charge documentaires

Si le patient a bénéficié de plus de deux modes de prise en charge, ceux qui ne sont pas retenus comme principal et associé peuvent être enregistrés comme modes de prise en charge supplémentaires. Il est possible de renseigner jusqu'à 5 modes de prise en charge documentaires (MPD). S'il en existe d'avantage, il convient de privilégier l'enregistrement de ceux qui ont engendré le plus de consommation de ressources.

Les MPD sont de nature descriptive, ils n'interviennent pas dans la tarification.

Les MPD sont codés suivant la liste des modes de prise en charge de la liste 1 de l'appendice F (n° 01 à 15, 17 à 22 et 24 à 25), complétée par les trois modes de prise en charge (n° 26 à 28) figurant dans la liste 2 de l'appendice F.

---

[16] Le MPP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* peut être assuré par un ESHAD en EHPAD à l'exception de la chimiothérapie anticancéreuse délivrée par voie orale (*cf.* appendice A).

[17] Arrêté du 16 mars 2007 modifié par les arrêtés du 25 avril 2007 et du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

Retour sommaire

❒ Indice de Karnofsky

L'indice de Karnofsky (IK) est un indicateur synthétique d'état de santé global du patient, de l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Cet indicateur est apprécié par le soignant au moyen de la grille présentée dans l'appendice G.

L'IK doit être évalué au moins une fois par semaine.

Le recueil d'informations décrit l'état effectif du patient. La notion de seuil prise en compte dans la construction du tarif n'intervient pas : **au début de chaque séquence, on saisit l'IK correspondant à la situation réelle du patient.**

Par convention, lorsque la prise en charge concerne un nouveau-né à risque (MPP 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*), la cotation de l'IK est toujours 100. Pour les autres modes de prise en charge d'un enfant, quel que soit son âge, cette convention ne s'applique pas.

Les valeurs de l'IK utilisées pour le classement en groupes homogènes de prise en charge (GHPC) sont mentionnées dans l'appendice C. Le deuxième tableau croisé de l'appendice F indique les plages d'IK selon les associations de modes de prise en charge.

❒ Diagnostic MPP n° 1, Diagnostic MPP n°2, … Diagnostic MPP n° 9

Il est possible d'enregistrer jusqu'à neuf diagnostics justifiant le mode de prise en charge principal : on les désigne comme des diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP).

Parmi eux, le premier, le diagnostic qui a mobilisé l'essentiel des soins ou **diagnostic principal** (DP) doit au minimum être renseigné.

Les DCMPP sont codés selon la plus récente mise à jour de la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Lorsque, pour une affection ou un problème de santé donné, la CIM–10 propose un double codage, c'est-à-dire un code signalé par une *dague* (†, étiologie) et un autre par un astérisque (*, manifestation), les deux codes sont enregistrés comme DCMPP.

Exemple : soit un DCMPP de tassement vertébral métastatique ; la CIM–10 indique un double codage : C79.5† et M49.5* (index alphabétique, entrée *Tassement vertébral, dû à métastase vertébrale*) ; les deux codes doivent être enregistrés comme DCMPP. Les signes *dague* (†) et *astérisque* (*) ne sont pas saisis.

Les règles générales d'emploi de la CIM-10 et les directives propres au codage du polyhandicap lourd ainsi que des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont précisées au chapitre II.

Enfin, d'autres exemples de codage des diagnostics et des MP figurent dans ce guide : pour les Situations d'AVC, dans l'appendice F des modes de prise en charge en HAD (*cf.* colonne « CODAGE DES DIAGNOSTICS AVEC LA CIM–10 » des tableaux décrivant chaque MP) dans les exemples de codage des MP en pédiatrie) et dans les définitions et le codage de certains états morbides repris à la fin de l'appendice H.

Le changement du mode de prise en charge principal (MPP) n'impose pas forcément un changement de DCMPP/DP. De la même manière, un changement de DCMPP/DP n'impose pas un changement de MPP.

Exemple : un patient porteur d'urétérostomie cutanée de retour à domicile nécessite des soins en raison d'un abcès cutané (MPP n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)*) ; à la fin du traitement de l'abcès, une escarre de décubitus avec perte de substance jusqu'au fascia justifie le même MPP ; dans ce cas, le DCMPP/DP est successivement l'abcès (L02.2 *Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc*) puis l'escarre (L89.2 *Ulcère de décubitus de stade III*), sans changement du MPP.

Retour sommaire

❒ Nombre de diagnostics MPP

Il s'agit du nombre de diagnostics correspondant au MPP. Le MPP étant toujours lié au minimum à un diagnostic, ce nombre de DCMPP ne peut pas être inférieur à 1. Il peut être enregistré jusqu'à 9 DCMPP : ce nombre est compris entre 1 et 9.

❒ Diagnostic MPA n° 1, Diagnostic MPA n°2, … Diagnostic MPA n° 9

Les diagnostics correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA) comprennent les affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux…) pris en charge par l'équipe d'HAD. Ils sont codés selon la plus récente mise à jour de la CIM–10.

La mention dans le RPSS d'un MPA sans diagnostic lui correspondant est à priori une erreur car un MPA suppose une affection le justifiant.

Deux sousséquences d'une même séquence peuvent comporter des DCMPA différents.

❒ Nombre de diagnostics MPA

Il s'agit du nombre de diagnostics correspondant au MPA : ce nombre est compris entre 0 et 9. Il doit obligatoirement être renseigné, par la valeur « 0 » s'il n'y a pas de DCMPA et il peut être enregistré jusqu'à 9 DCMPA.

❒ Diagnostics associés (DA)

Les diagnostics associés (DA) comprennent les autres affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux…) pris en charge par l'équipe d'HAD. Ils sont codés selon la plus récente mise à jour de la CIM–10. Il peut en être enregistré jusqu'à 99.

Attention, l'enregistrement des diagnostics dans le RPSS a changé à partir du 1er mars 2012 pour permettre de mieux décrire les patients et leur prise en charge en HAD ; à partir du 1er mars 2013, il est encore possible d'enregistrer les diagnostics du RPSS selon deux modalités.

1) De manière inchangée par rapport aux années antérieures à 2012 (mode de recueil n° 1), au moyen d'un diagnostic principal et, s'il y a lieu, de diagnostics associés :

- le DP est enregistré en tant que premier DCMPP ; il doit être unique ; le code enregistré comme DCMPP est en effet celui du diagnostic principal à condition qu'il soit le seul saisi en tant que DCMPP et, corollairement, que le *nombre de diagnostics correspondant mode de prise en charge principal* soit égal à 1 ;
- le ou les DA sont enregistrés en tant que *diagnostics associés* ; leur nombre est compris entre 0 et 99.

Lorsqu'il a été fait le choix d'enregistrer les diagnostics de manière inchangée par rapport aux années précédentes, il ne peut être saisi de codes qu'au titre des DCMPP (celui du diagnostic principal) et, s'il y a lieu, au titre des *diagnostics associés* ; il ne peut pas en être saisi comme DCMPA car cette information est réservée à la seconde modalité décrite ci-dessous.

2) **Selon le nouveau format applicable depuis le 1er mars 2012 (mode de recueil n° 2)** :

- le ou les DCMPP sont enregistrés en tant que tels ; le *nombre de diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal* est compris entre 1 et 9 ;
- le ou les DCMPA, s'il en existe, sont enregistrés en tant que tels ; le *nombre de diagnostics correspondant au mode de prise en charge associé* est compris entre 0 et 9 ;

Retour sommaire

- s'il existe des affections, problèmes de santé et autres facteurs pris en charge par l'équipe d'HAD en plus des DCMPP et DCMPA, ils sont enregistrés en tant que *diagnostics associés* (DA).

L'emploi de l'une ou l'autre modalité est laissé au libre choix des établissements. Une modalité s'applique à 1 RPSS. Des RPSS successifs concernant d'une même séquence peuvent utiliser des modalités de recueil différentes (par exemple le mode de recueil n°1 puis le mode n°2).

❒ Actes CCAM

Les actes médicotechniques réalisés sont enregistrés dans le RPSS sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

Tous les actes médicotechniques[18] répertoriés dans la CCAM, effectués pendant le séjour entre les dates d'entrée et de sortie, doivent être enregistrés dans le RPSS, quel que soit le lieu de leur réalisation :

- domicile du patient ;
- cabinet médical libéral ;
- établissement de santé public ou privé, à titre « externe » ou en hospitalisation de jour ou de nuit[19].

La CCAM peut être consultée et téléchargée sur le site Internet de l'Assurance maladie. Ses règles d'utilisation sont indiquées dans un *Guide de lecture et de codage* publié au *Bulletin officiel* et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le codage d'un acte avec la CCAM associe les informations suivantes :

- son code principal (sept caractères alphanumériques) ;
- la phase : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- le nombre de réalisations de l'acte pendant la sousséquence.

Les établissements ont en outre la possibilité d'enregistrer l'*activité*, une extension documentaire lorsqu'elle existe[20], et la date des actes.

La saisie de la date de réalisation des actes, facultative, a deux conséquences :

- le nombre de réalisations d'un acte donné est toujours égal à « 1 », à l'exception des cas où le même acte (même code principal et même phase) est réalisé plus d'une fois le même jour ;
- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte », une par jour de réalisation de l'acte.

L'ensemble des informations enregistrables pour un acte définit une « zone d'acte » du format du RPSS.

❒ Cotation de la dépendance AVQ

La dépendance du patient est décrite par le soignant au moyen de la grille PMSI des activités de la vie quotidienne (AVQ) décrite dans l'appendice I.

La dépendance est évaluée selon cette grille au début du séjour puis uniquement si l'indice de Karnofsky (IK) se modifie. En d'autres termes, l'évaluation des AVQ est déclenchée par la modification de l'IK. De ce fait, la cotation des AVQ a toujours une valeur unique au cours d'une

[18] Les actes des auxiliaires médicaux et les consultations médicales cotés avec la NGAP ne figurent pas dans la CCAM.

[19] Puisque le séjour n'est pas interrompu (se reporter *supra* à l'information *date de sortie du séjour*).

[20] L'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie est obligatoire à partir du 1er mars 2013 ; en 2013, la non-saisie ne donnera pas lieu à une erreur bloquante de la FG. Au-delà, elle le sera.

Retour sommaire

même séquence, et pendant plusieurs séquences successives si le changement de séquence est dû à un changement de mode de prise en charge sans modification de l'IK.

Il n'existe à ce jour aucune table de correspondance entre la cotation de l'IK et la cotation selon la grille des AVQ. En aucun cas cette correspondance ne peut être recherchée pour un patient et une séquence de soins donnée.

2.1.5 Informations relatives au recueil

❒ Numéro de version du format du RPSS

❒ Confirmation de codage

Elle ne concerne que les modes de prise en charge n° 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 (*cf.* appendice F) et est nécessaire dans les circonstances suivantes :

- enregistrement isolé d'un de ces modes comme mode principal (MPP) alors qu'il nécessite la mention d'un MPA ; Cette circonstance peut se rencontrer dans deux situations : d'une part **à titre exceptionnel** pour l'ensemble d'une prise en charge, si un mode principal justifie à lui seul une hospitalisation à domicile (par exemple, nutrition parentérale pour un nouveau-né) car dans certaines circonstances le projet thérapeutique peut ne comporter délibérément qu'un seul mode de prise en charge ; d'autre part **à titre transitoire** lorsqu'au cours de soins comportant deux modes de prise en charge, l'un d'eux doit être provisoirement interrompu (par exemple, en raison de l'aggravation de l'état du malade) ;
- mention du même mode comme MPP et comme mode associé (MPA). Dans cette circonstance, la *fonction groupage* remplace le code du MPA par « 00 ». Si ce remplacement a lieu alors que le MPP ne doit pas être codé sans MPA, il en résulte en l'absence de confirmation de codage une erreur bloquante, et la séquence ne donne pas lieu à paiement des journées.

Le codage du RPSS est confirmé par le code « 1 ». Il doit figurer dans chacun des RPSS correspondant aux circonstances citées, mais seulement dans ceux-ci. Dans les autres cas, la zone de saisie doit être laissée vide[21].

2.1.6 Informations identifiant la sousséquence

❒ Numéro de sousséquence

Il s'agit d'un numéro séquentiel initialisé à « 1 » à chaque nouvelle séquence et qui s'incrémente de 1 à chaque sousséquence. Il est généré par le logiciel de saisie des informations.

❒ Date de début de sousséquence

C'est la date en jour, mois, année du premier jour de la sousséquence ; si la sousséquence est la première de la séquence, la date du début est celle du début de la séquence.

❒ Date de fin de sousséquence

C'est la date en jour, mois, année du dernier jour de la sousséquence ; si la sousséquence est la dernière de la séquence, la date de fin est celle de la séquence.

Le découpage des séquences en sousséquences est réalisé au gré des structures d'HAD. Il importe toutefois qu'il n'existe pas de sousséquence incluant le dernier jour du mois de février et le 1er mars.

La/une sousséquence en cours le dernier jour de février doit être close à cette date et une nouvelle sousséquence ouverte le 1er mars[22].

[21] Le RPSS est classé dans un *groupe-erreur* au tarif nul (GHPC 9999, GHT 99) dans deux circonstances : absence de confirmation alors qu'elle s'impose ; confirmation déclarée alors qu'elle n'est pas nécessaire.

Retour sommaire

❒ Dernière sousséquence du séjour (oui / non)

Le RPSS qui contient la réponse « oui » doit être le dernier de la dernière séquence du séjour. Autrement dit, sa date de fin de la sousséquence doit être la même que la date de fin de la séquence et égale à la date de sortie du séjour.

Pour un même séjour, tous les RPSS reproduisent des informations à l'identique. Il s'agit des informations décrivant l'établissement de santé (numéros FINESS), de celles décrivant les caractéristiques sociodémographiques du patient (identifiant permanent, date de naissance, sexe, code postal de résidence) et des informations liées au séjour (dates d'entrée et de sortie, modes d'entrée et de sortie, provenance et destination[23]).

Par ailleurs, **tous les RPSS d'une même séquence reproduisent à l'identique le mode de prise en charge principal – et, s'il y a lieu, les modes de prise en charge associés –, l'indice de Karnofsky et la cotation de la dépendance selon la grille des AVQ.** Il appartient à chaque établissement de se doter d'un outil autorisant une saisie unique de ces informations, avec recopie automatique dans chaque RPSS.

En revanche, on rappelle qu'un MPP inchangé peut s'accompagner de diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP) différents.

Enfin,

- deux sousséquences d'une même séquence, dont le mode de prise en charge principal est identique, peuvent donc comporter des DCMPP/DP différents (se reporter à ce qui a été dit *supra* à propos des DCMPP du RPSS) ;
- deux sousséquences d'une même séquence peuvent également comporter des DCMPA et des DA différents ;
- deux sousséquences d'une même séquence peuvent également comporter des variables *Type de lieu de domicile* différents puisqu'un changement de type de lieu de domicile du patient impose un changement de *sousséquences* (*exemple* : le patient pris en charge en HAD vivait à son domicile personnel et déménage en EHPAD où les soins de l'ESHAD se poursuivent).

2.2 GROUPAGE DES RÉSUMÉS PAR SOUSSÉQUENCE

Par *groupage,* on entend le classement du RPSS dans un *groupe homogène de prise en charge* (GHPC) et le classement de chacune des journées de la sousséquence dans un *groupe homogène de tarifs* (GHT)[24].

La classification des GHT prend en compte la durée de prise en charge au sein d'une séquence de soins, sous la forme de tranches de durée de prise en charge. Un changement

[22] La campagne tarifaire débute chaque année à cette date. Elle s'accompagne de changements de tarifs et de l'emploi de nouveaux codes étendus de la CIM–10 susceptibles de créer des difficultés de groupage et de rémunération des journées en cas de non-respect de la consigne.

[23] Une tolérance est admise pour les informations relatives aux dates et mode de sortie, destination et date de fin de la séquence. Elles peuvent être absentes (zones de saisie laissées vides) des RPSS intermédiaires. La date de fin de la séquence est obligatoire dans le dernier RPSS d'une séquence. La date de sortie, le mode de sortie et la destination sont obligatoires dans le dernier RPSS du séjour. Lorsque ces informations sont reproduites dans les autres RPSS, elles doivent respecter la règle de stabilité énoncée.

[24] *Cf.* l'appendice A pour l'explication du modèle tarifaire de l'HAD.

Retour sommaire

de tranche de durée de prise en charge intervient selon une périodicité prédéfinie. Si l'on nomme J1 le premier jour d'une séquence donnée :

- la première tranche de durée de prise en charge court du 1er au 4e jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- la deuxième tranche court du 5e au 9e jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- la troisième tranche court du 10e au 30e jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- la quatrième tranche commence au 31e jour des soins (J31) jusqu'à un changement de séquence ou jusqu'à la sortie du patient de la structure d'HAD.

Tout changement de l'une au moins des variables MPP, MPA et IK, a pour conséquence un changement de séquence, donc un retour à la première tranche.

En conséquence, le résultat du groupage d'une sousséquence de soins peut être à l'origine d'un classement dans quatre GHT différents, au maximum.

Le *résumé par sousséquence groupé* (RPSS groupé) est un RPSS enrichi des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement, renseignés conformément au format donné dans le manuel du logiciel PAPRICA[25] téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Chaque mois un fichier de RPSS groupés doit être produit par l'établissement d'HAD sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale.

Il est constitué par tous les RPSS dont la date de fin est comprise dans le mois civil considéré.

2.3 LE RÉSUMÉ ANONYME PAR SOUSSÉQUENCE

La production de résumés anonymes par sousséquence (RAPSS) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir des fichiers de RPSS groupés. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par le logiciel PAPRICA d'anonymisation et de chainage anonyme des RPSS groupés, diffusé par l'ATIH (se reporter au chapitre 0).

Les variables suivantes du RPSS ne figurent pas dans le RAPSS :

- le NIPP [IPP, NPP] ;
- le numéro de séjour en HAD ;
- la date de naissance ;
- le code postal du domicile ou du lieu des soins ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour, de début et de fin des séquences et sousséquences.

Les variables suivantes sont ajoutées dans le RAPSS :

- un numéro séquentiel de séjour en HAD (différent du numéro de séjour généré par l'établissement de santé) ;

[25] *Programme d'Anonymisation et de Production des Résumés par sousséquence anonymes et des Informations de Chainage Associées*.

Retour sommaire

- l'âge calculé au premier jour de la sousséquence, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique du domicile attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- le délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour ;
- le délai entre la date de début de la sousséquence et la date de début de la séquence ;
- le nombre de journées du séjour ;
- le nombre de journées de la séquence ;
- le nombre de journées de la sousséquence.

Le contenu du RAPSS et son format sont donnés dans le manuel du logiciel PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Les RAPSS sont transmis mensuellement à l'Agence régionale de santé (ARS) (*cf.* le point 1 du chapitre III).

2.4 LE FICHIER COMPLÉMENTAIRE DES CONVENTIONS ESHAD-ESMS

A partir du 1er mars 2013, lorsque l'ESHAD dispense des soins à un patient hébergé dans un établissement d'hébergement social (ES) ou médicosocial (EMS), il doit fournir lors de la transmission des RAPSS à l'ARS un fichier complémentaire dit « des conventions ESHAD-ESMS ». Ce fichier est produit par le logiciel PAPRICA, par saisie directe ou importation des quatre informations suivantes :

❒ Numéro FINESS de l'établissement

Il s'agit ici du N° FINESS (code géographique) de l'établissement social (ES) ou médicosocial (EMS) où intervient l'ESHAD. L'identité entre ce numéro et celui enregistré dans le RPSS du patient (se reporter au point 2.1.2) est vérifiée lors du groupage. Lorsque l'ES/EMS ne dispose pas de numéro FINESS, un identifiant provisoire devra alors être saisi ; cet identifiant devra être délivré par l'ARS et inscrit dans la convention signée entre l'ESHAD et l'ES/EMS. Les modalités de création de cet identifiant seront précisées par la circulaire DGOS/DGCS d'accompagnement des décrets de septembre 2012.

❒ Code forfait de soins

Il s'agit de la situation de l'ES/l'EMS au regard du forfait de soins de l'assurance maladie[26].

Code 0 *Sans forfait de soins*

Code 1 *Avec forfait de soins*

❒ Date de début de la convention

❒ Date de fin de la convention

La zone de saisie est laissée vide par défaut.

Toute modification des informations du fichier des conventions ESHAD-ESMS impose de relancer le traitement de la période par PAPRICA pour recalculer les journées d'HAD en ES

[26] Cf. Article 2 du décret n° 2007-241 du 22 février 2007.

Retour sommaire

ou EMS et pour prendre en considération les éventuelles conséquences sur la tarification (minoration du GHT de l'ESHAD si l'assurance maladie finance déjà des soins dans l'EMS).

2.5 FORMATS

Les fichiers informatiques utilisés pour la production des RAPSS et le fichier des conventions ESHAD-ESMS sont des fichiers normalisés. La description de leurs formats est donnée dans les *Formats PMSI 2013* et dans le manuel du logiciel PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH. Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité sont également indiquées.

Les ESHAD doivent veiller au strict respect de ces normes et formats, faute de quoi les données ne peuvent pas être prises en compte lors des différents traitements.

Retour sommaire

II. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10e RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Le chapitre II reprend quelques règles générales d'emploi de la CIM-10 et détaille les directives propres au codage du polyhandicap lourd et des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

1. RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10

La dixième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) de l'Organisation mondiale de la Santé est l'ouvrage de référence pour le codage des diagnostics du résumé par sousséquence. Sa table analytique (chapitres I à XXII[27]) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en sous-catégories codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée. Un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*).

Dans ce guide, la mention d'un code sous la forme *XNN*.– utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 et indique qu'il est nécessaire de se reporter dans le volume 1 à la catégorie *XNN* pour y choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder (voir, par exemple, dans l'appendice F, Z94.– *Greffe d'organe et de tissu* dans la colonne « CODAGE DES DIAGNOSTICS AVEC LA CIM–10 » du tableau relatif au MP 08 *Autres traitements*).

Des codes étendus à cinq et six caractères ont été créés nationalement dans le cadre du PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ils figurent dans l'appendice H. Lorsqu'ils comportent un signe « + », ce signe doit être saisi.

Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'affection ou au problème de santé à coder.

Les zones de saisie des diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP/DP), des diagnostics correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA) et des diagnostics associés (DA) comptent huit positions. Des septième et huitième caractères éventuels ne sont pas exportés dans le résumé anonyme par sousséquence[28], dont le format des zones des DCMPP/DP, DCMPA et DA est limité à six caractères. En conséquence, en cas d'emploi des septième et huitième positions, les informations qu'elles contiennent ne sont connues que de l'établissement d'HAD et ne sont exploitables que par lui.

[27] Un chapitre XXII a été créé par la mise à jour de l'OMS de 2003. Se reporter au site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

[28] *Cf. infra* le point 2.3.

Retour sommaire

2. DIRECTIVES PROPRES AU CODAGE DU POLYHANDICAP LOURD ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

2.1 LE POLYHANDICAP LOURD

Le polyhandicap lourd se définit par l'association de quatre critères :

1. une déficience mentale profonde ou une démence sévère ;
2. un trouble moteur à type de paralysie partielle ou totale, d'ataxie, de tremblements sévères, de dyskinésie ou de dystonie ;
3. une mobilité réduite conséquence du trouble moteur ;
4. une restriction extrême de l'autonomie caractérisée par la dépendance permanente envers une tierce personne ou un appareil.

Pour permettre l'identification du polyhandicap lourd dans les recueils d'informations du PMSI, quatre listes de codes de la CIM–10 ont été élaborées en 2012-2013 sous le contrôle de la Société française de pédiatrie, de la Société française de neuropédiatrie, et de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER). Un code au moins de chacune des quatre listes doit être présent dans le RPSS pour affirmer le polyhandicap lourd :

- liste 1 : déficiences mentales ou psychiatriques sévères ;
- liste 2 : troubles moteurs ;
- liste 3 : critères de mobilité réduite ;
- liste 4 : restrictions extrêmes de l'autonomie.

Les premières listes sont données à l'appendice K du présent guide. Elles seront prochainement publiées sur le site Internet de l'ATIH.

2.2 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

La CIM–10 permet le codage les différents types d'accidents ainsi que certaines étiologies particulières, les manifestations cliniques, les séquelles et les antécédents.

2.2.1 Types d'accidents

Le codage des AVC constitués fait appel, à la phase aigüe, aux catégories I60 à I63 qui excluent les lésions traumatiques.

Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

- I60 *Hémorragie sous-arachnoïdienne* ; cette catégorie inclut la rupture d'anévrisme d'artère cérébrale ;
- I61 *Hémorragie intracérébrale* ;
- I62 *Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques* ; cette catégorie inclut l'hémorragie sous-durale et extradurale.

Les AVC par infarctus cérébral ou AVC ischémiques – embolie, thrombose, bas débit – sont codés avec la catégorie I63 *Infarctus cérébral*.

Retour sommaire

La catégorie I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus* n'est employée qu'en l'absence d'examen d'imagerie diagnostique, par exemple, si le patient décède avant toute investigation.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont codés avec la catégorie G45 *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés*.

2.2.2 **Manifestations cliniques des AVC**

Les manifestations les plus fréquentes sont l'hémiplégie, le plus souvent flasque à la phase initiale (G81 *Hémiplégie*) et l'aphasie (R47 *Troubles du langage, non classés ailleurs*). À l'initiative de la Société française neurovasculaire, ces deux catégories ont fait l'objet d'extensions par l'ATIH en 2007 afin de distinguer les symptômes selon leur moment d'apparition et leur évolution :

- G81.0 *Hémiplégie flasque* est subdivisé en : G81.00 *Hémiplégie flasque récente, persistante au-delà de 24 heures*, G81.01 *Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures* et G81.08 *Hémiplégie flasque, autre et sans précision* ; on emploie les mêmes codes pour les parésies et les paralysies (–plégies) car ce sont des *syndromes paralytiques* que la CIM–10 classe dans les catégories G81 à G83 ;
- R47.0 *Dysphasie et aphasie* est subdivisé en : R47.00 *Aphasie récente, persistante au-delà de 24 heures*, R47.01 *Aphasie récente, régressive dans les 24 heures*, R47.02 *Aphasie autre et sans précision*, R47.03 *Dysphasie*.

D'autres manifestations peuvent être observées : troubles de la conscience (catégorie R40 *Somnolence, stupeur et coma*), de la sensibilité (R20 *Troubles de la sensibilité cutanée*), visuels (H51 *Autres anomalies des mouvements binoculaires*, H53 *Troubles de la vision*), *locked-in syndrome* (G83.8+0).

Les syndromes des artères cérébrales (G46) : la CIM–10 réserve les codes G46.0 à G46.2 *Syndromes de l'artère cérébrale moyenne, antérieure, postérieure,* à l'enregistrement de syndromes neurologiques résultant d'une insuffisance circulatoire **sans infarctus** (cf. le titre de la catégorie *dague* correspondante I66). Ainsi, **G46.0, G46.1 et G46.2 ne peuvent pas être associés à un code d'AVC**, alors que cette association est possible pour les codes G46.3 à G46.8.

2.2.3 **Étiologies, séquelles, antécédents d'AVC**

Les étiologies des AVC sont classées dans des rubriques diverses de la CIM–10 ; par exemple la fibrillation auriculaire (I48), les malformations congénitales vasculaires cérébrales (Q28.–), l'athérosclérose cérébrale (I67.2), l'encéphalopathie hypertensive (I67.4), etc.

La CIM–10 définit **les séquelles** comme des « états pathologiques, stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active ». Leur codage donne la priorité aux manifestations cliniques observées, auxquelles on associe un code de la catégorie I69 *Séquelles de maladies cérébrovasculaires*.

Par construction de la CIM–10, la notion d'**antécédent** d'AVC, codée Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires*, exclut celle de séquelle. Le code Z86.70 doit être employé dès que l'AVC est considéré comme ancien et qu'il ne persiste aucune séquelle fonctionnelle.

Retour sommaire

2.2.4 **Description de situations d'AVC**

Le tableau suivant reprend quelques exemples de situations morbides d'AVC et détaille les codes CIM-10 permettant de les décrire. Les trois derniers exemples traitent plus spécifiquement de la description de la prise en charge après AVC lors du retour à domicile ; les diagnostics utilisés en DCMPP/DP, DCMPA, DA doivent être cohérents avec les MP.

Situation	Description des diagnostics, des MP
AIT ou AVC constitué, à la phase aigüe	Lors du séjour initial de prise en charge (rare en HAD *a priori*), le codage du diagnostic principal (DCMPP/DP) emploie : • pour un AIT, la catégorie G45.– *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés* ; ses codes précisent la topographie ou la forme de l'accident, par exemple G45.3 *Amaurose fugace* ; • pour un AVC constitué, un code I60.–, I61.–, I62.– ou I63.–. - Les codes I60.–, I61.–, I62.– et I63.– sont employés pendant l'ensemble de la première prise en charge de l'AVC. Si plusieurs unités (mutations) ou établissements (transferts) successifs sont fréquentés pendant cette première prise en charge, ces codes sont employés par les unités médicales successives. En revanche, en cas de réhospitalisation en MCO après un retour à domicile ou après un séjour en soins de suite ou de réadaptation, l'AVC initial est codé comme une *séquelle*. Il importe que le dossier médical soit en accord avec cette règle. Ainsi, un AVC est considéré comme étant dans sa phase initiale aigüe tant que le malade n'a pas quitté le champ d'activité initial où l'a amené la survenue de son AVC. Il est considéré comme séquellaire dès lors qu'il a quitté ce champ. - Le code I64 ne doit être employé qu'en l'absence d'examen de neuro-imagerie et ne doit pas l'être en association avec un code d'AVC plus précis. - Un code d'AIT (G45.–) et un code d'AVC constitué (I60–I64) ne peuvent être associés que s'il s'agit de deux épisodes distincts au cours du même séjour. - Les manifestations cliniques de l'AVC sont codées en sus du code d'AVC comme diagnostics. Il importe de les coder le plus précisément possible et d'employer les extensions prévues pour certains codes (hémiplégie, dysphasie et aphasie). - Les codes G46.0 *Syndrome de l'artère cérébrale moyenne,* G46.1 *Syndrome de l'artère cérébrale antérieure*, G46.2 *Syndrome de l'artère cérébrale postérieure*, ceux des catégories I65.– *Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, I66.– *Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral*, les codes I67.0 *Dissection d'artères cérébrales, non rompue* et I67.1 *Anévrisme cérébral, (non rompu)*, **ne doivent pas être employés en association avec un code I60–I64 pour décrire l'artère atteinte ou le mécanisme de l'accident. La CIM–10 exclut en effet l'usage de ces rubriques en cas d'infarctus cérébral.**

Retour sommaire

	- L'étiologie de l'AVC peut être codée de même que les complications, par exemple : inhalation, épilepsie, escarre, démence vasculaire.
Situation	**Description des diagnostics, des MP**
Séjour pour poursuite des soins dans une autre unité médicale ou dans un autre établissement	En cas de transfert dans un ESHAD, l'AVC peut être codé en DCMPP/DP *dès lors qu'il continue d'être le sujet principal des soins d'HAD*.
Séjour pour prise en charge d'une aggravation d'un état neurologique consécutif à un AVC, ou d'une complication d'un AVC ou de son traitement	Il s'agit ici de séjours distincts de celui où a eu lieu la prise en charge initiale. La manifestation ou la complication prise en charge est codée comme DCMPP/DP. Les exemples les plus fréquents sont les suivants : - troubles de la marche ou l'aggravation de la spasticité (catégorie R26.– *Anomalies de la démarche et de la motilité*), - syndrome dépressif (catégorie F32.– *Épisodes dépressifs*), - épilepsie (catégories G40.– *Épilepsie* et G41.– *État de mal épileptique*), - démence vasculaire (catégorie F01.– *Démence vasculaire*). ***NB :*** Un code de séquelle d'AVC (I69.– *Séquelles de maladies cérébrovasculaires*) peut être mentionné dans le RPSS.
Séjour pour récidive d'AVC	Une récidive d'AVC, à la condition qu'elle soit confirmée par l'imagerie, doit être codée comme un AVC à la phase aigüe.
Séjour pour surveillance (suivi) au long cours d'un AVC	La situation est celle d'un patient atteint d'un AVC déjà diagnostiqué et traité, hospitalisé pour la surveillance des suites de celui-ci. - En l'absence de séquelles le DCMPP/DP est Z86.70 *Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaire*. - Si une affection nouvelle liée à l'AVC, c'est-à-dire une complication de celui-ci ou de son traitement, est découverte, elle doit être mentionnée en DCMPP/DP.
Prise en charge palliative dans les suites de l'AVC	Le code Z51.5 *Soins palliatifs est utilisé en DA*. Le code de l'AVC est en position de DCMPP/DP.
Prise en charge après AVC lors du retour à domicile, le patient étant porteur d'une sonde nasogastrique	- MPP 12 *Rééducation neurologique*, - MPA 06 *Nutrition entérale* - Par convention, l'AVC (I60–I64) est, selon la modalité de recueil, le DP ou le premier DCMPP. Le ou les déficits rééduqués (par exemple, une hémiplégie (G81.–), une aphasie (R47.02) ou une dysphasie (R47.03) sont, selon la modalité de recueil, des DCMPP ou des DA. - Le ou les DCMPA sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, les fausse routes (R13 *Dysphagie*).

Retour sommaire

	NB : - le MP° 12 *Rééducation neurologique* doit être associé à un autre mode pour justifier l'HAD. Dans le cas contraire, une « confirmation de codage » sera demandée ; - L'éducation d'un patient victime d'un AVC ou de son entourage est *incluse* dans les bonnes pratiques de soins.
Situation	**Description des diagnostics, des MP**
Prise en charge en rééducation après AVC lors du retour à domicile	- MPP 12 *Rééducation neurologique*, - MPA 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* - Par convention, l'AVC (I60–I64) est, selon la modalité de recueil, le DP ou le premier DCMPP. Le ou les déficits rééduqués (par exemple, une hémiplégie (G81.–), une aphasie (R47.02) ou une dysphasie (R47.03) sont, selon la modalité de recueil, des DCMPP ou des DA. - Le ou les DCMPA sont ceux relatifs à d'autres problèmes de santé pris en charge ; par exemple, un épisode dépressif (F32.–). ***NB :*** - l'enregistrement du MP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* en tant que MPA n'est possible que si l'éducation est en rapport avec un problème de santé *différent* de l'AVC.
Prise en charge palliative après AVC lors du retour à domicile	- MPP 04 *Soins palliatifs*, - MPA 00 *Pas de MPA* - Par convention, l'AVC (I60–I64) est, selon la modalité de recueil, le DP (premier DCMPP). - Le code Z51.5 *Soins palliatifs* est utilisé en DA.

Retour sommaire

III. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé, décrit dans l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié dit *arrêté PMSI-HAD*[29] a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

En ce qui concerne l'activité médicale, toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé anonyme par sousséquence (RAPSS)[30]. En revanche, **depuis 2010, seuls les établissements privés visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, le résumé standardisé de facturation** (RSF), transmis à l'agence régionale de santé (ARS) après anonymisation sous la forme d'un *résumé standardisé de facturation anonyme* (RSFA).

Les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* produiront un RSF lorsqu'ils factureront directement leur activité à l'assurance maladie. Dans cette attente, il leur revient de produire des recueils nommés « VID-HOSP » et « FICHCOMP ».

1. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM*[31], « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

L'enregistrement « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chainage anonyme (*cf.* le chapitre 0). Les autres enregistrements le sont selon les soins dispensés.

Une information est ajoutée dans le type « A » à partir du 1er mars 2012[32] : *Patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

Le contenu et le format des enregistrements du RSF sont conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'Assurance maladie.

La production du résumé standardisé de facturation (RSF) concerne actuellement :

- les prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale (CSS) ;

[29] Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement

[30] Se reporter au chapitre I.

[31] *Classification commune des actes médicaux.*

[32] Elle est déjà présente dans le fichier VID-HOSP décrit dans le point 2.1.

Retour sommaire

- les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS.

Il est produit un RSF par sousséquence. Le lien entre le RSF et le résumé par sousséquence (RPSS) est assuré par les numéros d'entrée et de facture, informations communes aux deux résumés. De manière générale, la production d'un RPSS donne donc lieu à celle d'un RSF. Cette règle ne s'applique pas dans deux cas :

- il n'est pas produit de RSF pour un RPSS lorsque la variable *séjour facturable à l'assurance maladie* est différente de « oui » (code « 1 », se reporter au point 2.1.2 du chapitre I). Deux possibilités s'offrent alors à l'établissement : soit produire par lui-même un RSF mentionnant des montants nuls, soit laisser ce soin au logiciel PAPRICA (se reporter au point 2.3 du chapitre I) ;
- il n'est pas produit de RPSS alors qu'un RSF est produit. Cette circonstance est rencontrée lorsque le RSF correspond à une facturation déjà effectuée, mais qui doit être complétée au titre de médicaments (voire de dispositifs médicaux).

Le RSF contient d'une part des informations communes avec le RPSS de la même sousséquence, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RPSS (numéros FINESS, numéro d'entrée, numéro de facture, sexe, date de naissance, dates d'entrée et de sortie) respectent les définitions qui ont été données dans le chapitre I.

Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie.

Le RSF anonymisé est le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA). La production des RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – PAPRICA – que celui qui est à l'origine du résumé anonyme par sousséquence. Les RSFA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (*cf*. le point 1 du chapitre III).

Pour davantage d'informations sur le contenu et le format des enregistrements du RSF et du RSFA on se reportera :

- au manuel d'utilisation du logiciel PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH ;
- au cahier des charges interrégime des normes B2 accessible sur le site Internet de l'Assurance maladie.

2. ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a*, *b* ET *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS ne sont pas soumis à la production de résumés standardisés de facturation (RSF).

Dans l'attente de la facturation de leur activité directement à l'assurance maladie, ces établissements produisent des recueils nommés « VID-HOSP » et « FICHCOMP ».

2.1 LE FICHIER VID-HOSP

VID-HOSP (« VID » pour « variables identifiantes », « HOSP » faisant référence au numéro administratif de séjour) est un fichier produit par les services administratifs (bureau

Retour sommaire

des admissions ou des frais de séjour) sous la responsabilité du directeur ou de la directrice de l'établissement. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés de sortie anonymes (*cf*. le chapitre 0).

Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour.

VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » (*Début de facture*) produit par les établissements visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS (se reporter *supra* au point 1).

Trois nouvelles variables ont été ajoutées à partir du 1er mars 2012 :

- *Numéro du format de VID-HOSP* ;
- *Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie complémentaire* ;
- *Date de l'hospitalisation*.

La *Date de l'hospitalisation* qui permet l'application de la règle d'exonération du ticket modérateur à 30 jours est définie comme étant la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption[33], qu'elle se soit déroulée dans un ou plusieurs champs d'activité : autrement dit, il s'agit de la date d'entrée dans le premier établissement de la prise en charge ; elle est donc identique en cas de transferts entre les établissements fréquentés par le patient et seul un retour du patient à domicile suivi d'une réhospitalisation dans un établissement entraîne une modification de la variable *Date de l'hospitalisation*.

Exemple : hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, sortie par transfert le 19 mars à domicile où le patient est pris en charge en HAD ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux établissements (celui de MCO et celui d'HAD) est le 10 mars.

Le fichier VID-HOSP est identique dans tous les champs d'activité couverts par le PMSI : HAD, médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Dans le cadre de la mise en œuvre des premières expérimentations de la facturation individuelle des séjours (FIDES) dans le champ d'activité de MCO, deux zones sont distinguées au sein du fichier VID-HOSP :

- une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, quel que soit leur champ d'activité ;
- une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements de MCO retenus pour mener l'expérimentation FIDES devront renseigner.

En conséquence, les ESHAD produisant le fichier VID-HOSP ne doivent renseigner que la zone obligatoire, ils ne doivent pas renseigner la zone FIDES.

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera aux *Formats PMSI 2013* et au manuel d'utilisation du logiciel MAGIC (*cf*. le point 3 du chapitre 0) diffusé par l'ATIH.

[33] On rappelle des actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, etc.) subis par un patient dans un établissement de santé au cours d'une journée sans absence de nuit, ou des explorations diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie…), n'interrompent pas l'hospitalisation (se reporter à l'information *date de sortie* dans le point 2.1.2 du chapitre I).

Retour sommaire

2.2 LE RECUEIL FICHCOMP

FICHCOMP (pour *fichiers complémentaires*) est un fichier qui enregistre, s'il y a lieu :

- les spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS ;
- les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU[34]).

En outre, le recueil FICHCOMP comporte une variable *Validation de la prescription initiale* (oui/non) relative aux « **médicaments orphelins** ». En effet, conformément à l'article L. 162-22-7 du CSS « la prise en charge des "médicaments orphelins" est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés ».

Il contient les données relatives à la même sousséquence que celle contenue dans le RPSS et chaque recueil FICHCOMP est lié au RPSS correspondant par le numéro administratif de séjour.

L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine du fichier FICHCOMPA. La production de FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – PAPRICA – que celui qui est à l'origine du *résumé anonyme par sousséquence* (se reporter au point 2.3 du chapitre I).

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont donnés dans les *Formats PMSI 2013* et dans le manuel de PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Les fichiers FICHCOMPA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (ARS) (*cf.* le point 1 du chapitre IV).

[34] *Cf.* Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Retour sommaire

IV. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles L. 6113-8 et R. 6113-10 du code de la santé publique, et à l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié, les établissements de santé transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale : fichiers de RAPSS[35] et FICHCOMPA[36], auxquels s'ajoute un fichier nommé « ANO » qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP[36] et le fichier de chainage anonyme ;
- établissements de santé privés visés aux *d* et *e* du même article : fichiers de RAPSS et de RSFA[36].

La transmission des informations est mensuelle et cumulative : la transmission des fichiers produits au titre d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul des mois précédents de la même année civile. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement producteur.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-PMSI.

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

Un chainage anonyme des recueils d'informations du PMSI est mis en œuvre depuis 2001 (circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation (SSR) ou psychiatrie. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel fourni par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe. Les hospitalisations d'un même patient peuvent ainsi être reconnues et « chainées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de retourner du numéro au patient).

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d'un patient donné – *i.e.* pour des variables identifiantes identiques – c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé.

En HAD le chainage anonyme s'applique à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements publics et privés.

[35] Se reporter au chapitre I.
[36] Se reporter au chapitre III.

Retour sommaire

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *a*, *b* ET *c* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

À titre transitoire, jusqu'à ce qu'ils facturent leur activité directement à l'assurance maladie, la procédure de chainage anonyme comporte les étapes suivantes pour les établissements publics et privés visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement ; il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme ; ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- le médecin responsable de l'information médicale produit pour sa part un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro de séjour en HAD[37] ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour en HAD et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de séjour en HAD ou le NAS (RAPSS et FICHCOMPA) un lien est ainsi établi entre eux et le numéro anonyme.

3.1.1 Création du numéro anonyme du patient

La première étape consiste en la création du numéro anonyme par les services administratifs de l'établissement – bureau des admissions ou des frais de séjour – à partir de *variables identifiantes* : numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), date de naissance et sexe.

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit au point 2.1 du chapitre III.

La création du numéro anonyme utilise un module logiciel fourni par l'ATIH nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de chainage* (MAGIC). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN) créée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et par le Service central de sécurité des systèmes d'information.

Le numéro anonyme créé est mis en relation avec le NAS. Un fichier nommé « ANO-HOSP » (ANO faisant référence au numéro anonyme, HOSP au NAS) est ainsi produit par le service administratif, dont chaque enregistrement :

- associe le NAS au numéro anonyme du patient ;
- et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

Le contenu et le format de ANO-HOSP ainsi que la signification des codes retournés par le contrôle de conformité, sont donnés dans le manuel d'utilisation de MAGIC téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

[37] Se reporter au point 2.1.2 du chapitre I : « le numéro de séjour en HAD est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale […]. S'il est différent [du numéro administratif de séjour] le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre lui et le numéro administratif du séjour ».

Retour sommaire

3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit pour sa part un fichier nommé « HOSP-PMSI » qui établit une correspondance entre NAS et numéro de séjour en HAD[38].

3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation

La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle fait appel au logiciel PAPRICA. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation : RPSS, FICHCOMP. Il produit :

- les fichiers anonymes correspondants (RAPSS, FICHCOMPA) ;
- un fichier de chainage qui établit une correspondance entre chaque numéro anonyme et un enregistrement anonyme par l'intermédiaire d'un numéro d'index.

Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier – le fichier de chainage – qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les enregistrements anonymes (RAPSS, FICHCOMPA). Le fichier de chainage crée ainsi un lien indirect entre chaque enregistrement anonyme et le numéro anonyme correspondant.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier « ANO ».

3.2 ÉTABLISSEMENTS VISÉS AUX *d* ET *e* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CSS

Les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) ne produisent pas de fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans le RSF « A » *Début de facture*[39].

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, les fichiers de RSF et de RPSS sont soumis au logiciel PAPRICA qui comprend la fonction FOIN. PAPRICA assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RAPSS, RSFA) et du fichier de chainage.

Ainsi, comme dans les établissements visés aux *a, b* et *c*, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RAPSS et RSFA) se voit attribuer le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

[38] « HOSP » fait référence au NAS, « PMSI » au numéro de séjour en HAD. La production du fichier HOSP-PMSI ne s'impose donc pas aux établissements qui utilisent le NAS comme numéro de séjour en HAD. Dans ce cas en effet, la correspondance entre ce dernier et le NAS est un état de fait. Le format de HOSP-PMSI est donné dans le manuel de PAPRICA.

[39] Se reporter au point 1 du chapitre III.

Retour sommaire

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME e-PMSI

Dès la réception des fichiers anonymes par la plateforme e-PMSI, avant d'effectuer les traitements d'exploitation des données, la fonction FOIN est appliquée une deuxième fois. Il est ainsi calculé un second numéro anonyme différent du numéro anonyme présent dans l'établissement. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entrainant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4. CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel (articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique (CSP), article 226-13 du code pénal, article 4 du code de déontologie médicale).

Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-8 du CSP.

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-4 du CSP, les données recueillies pour chaque patient par le praticien ayant dispensé des soins sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les fichiers de résumés par sousséquences (RPSS) sont indirectement nominatifs au regard de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou règlementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

Dans les conditions prévues à l'article L. 1112-1 du CSP, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux résumés de sortie lors des procédures de contrôle prévues par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du CSS.

5. QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-4 du code de la santé publique :

- les données sont recueillies pour chaque patient par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin coordonnateur qui les transmet au médecin responsable de l'information médicale pour la structure[40] ;
- le médecin responsable de l'information médicale conseille la structure d'HAD pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers des patients et les fichiers administratifs. Dans la

[40] Le médecin responsable de l'information médicale est désigné par le directeur ou la directrice de la structure d'HAD, selon des modalités définies en concertation avec le médecin coordonnateur (le médecin coordonnateur a vocation à être le médecin responsable de l'information médicale). Les fonctions et les responsabilités du médecin responsable de l'information médicale sont précisées dans les articles R. 6113-1 à R. 6113-10 du code de la santé publique.

Retour sommaire

perspective des contrôles prévus par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro de RPSS correspondant.

S'agissant de la responsabilité des acteurs de la structure en cas de défaut de qualité de l'information, il convient de rappeler que le directeur ou la directrice est responsable des informations transmises règlementairement à l'extérieur de l'établissement de santé.

6. CONSERVATION DES FICHIERS

Le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement sauvegarde le fichier de RPSS qui est à la source du fichier de RAPSS et assure la conservation de la copie produite.

La durée de conservation de tous les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation constitués au titre d'une année civile, est de cinq ans[41].

La table de correspondance constituée, lorsqu'ils diffèrent, entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de RPSS (fichier HOSP-PMSI), doit être conservée pendant le même temps.

[41] Il ne faut pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

Retour sommaire

V. APPENDICES

Retour sommaire

Appendice A – Modalités de tarification de l'activité en HAD ; interventions de l'HAD dans les ES/ESMS

A1) Présentation générale du modèle

Le cadre tarifaire et de régulation des structures et des établissements pratiquant l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) est défini dans le dispositif législatif et règlementaire de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé. Le modèle retenu permet de moduler le niveau des ressources allouées aux établissements en fonction de leur activité et des modes de prise en charge des patients.

La rémunération de la structure d'HAD consiste essentiellement dans le versement d'un forfait journalier de séjour et de soins appelé *groupe homogène de tarifs* (GHT), dont le montant résulte des pondérations associées aux combinaisons autorisées de quatre variables fondamentales recueillies dans le système d'information décrit dans le guide : un mode de prise en charge principal (par exemple : « pansements complexes, et soins spécifiques (stomies compliquées) », « soins palliatifs », « nutrition parentérale »…), un mode de prise en charge associé éventuel, l'indice de Karnofsky et une durée de prise en charge. Le classement dans un groupe tarifaire peut être réévalué au cours du séjour et varie selon la durée de prise en charge.

Les prestations incluses dans le GHT sont définies conformément au décret pris pour l'application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

A2) Les groupes homogènes de prise en charge

Toute période du séjour pendant laquelle la prise en charge du patient est caractérisée par une combinaison particulière d'un mode de prise en charge principal (MPP) – le cas échéant d'un mode de prise en charge associé (MPA) –, et d'une valeur de l'indice de Karnofsky (IK), définit une séquence de soins[42].

À chaque combinaison de MPP, MPA et IK correspondant à un groupe homogène de prise en charge (GHPC)[43] est affecté un *indice de pondération intermédiaire* (IPI) obtenu par le produit des pondérations associées aux MPP, MPA et IK. La liste des pondérations individuelles des MPP, MPA et IK est dans l'appendice B.

Une association singulière MPP x MPA est *absente* de la liste des GHPC dans les circonstances suivantes :

- lorsqu'elle n'est *pas autorisée* ; elle déclenche un message d'alerte de la FG (code-retour d'erreur non bloquante « 517 » signifiant *Association du MPP et du MPA non autorisée* : *cf*. l'appendice F et l'appendice J et le manuel PAPRICA) ; dans ce cas, le groupage ne tient pas compte du MPA. et, par convention, attribue à la sousséquence le numéro de GHPC « 9999 » ; l'indice de pondération intermédiaire (IPI) calculé est le produit des pondérations correspondant aux seuls MPP et IK réel figurant dans le RPSS ;
- lorsqu'elle est *erronée* , c'est-à-dire lorsque le MPP ou le MPA est renseigné par un code non autorisé ou non-conforme, ou n'est pas renseigné (zone de saisie laissée vide),

[42] La séquence de soins est traitée dans le point 1.2.2 du chapitre I.

[43] Les groupes homogènes de prise en charge (GHPC) représentent un premier niveau dans le classement des journées en groupes homogènes de tarifs. C'est un niveau médical, qui prend en compte les variables du modèle tarifaire décrivant l'état de santé du patient : MPP, MPA éventuel, IK.

Retour sommaire

l'association entraine le retour d'un code d'erreur bloquante de la FG[44] : dans ce cas, la FG ne peut ni grouper le RPSS ni déterminer le groupe tarifaire (GHPC 9999 et GHT 99) ; l'association, payée à minima avant le 1er mars 2012, ne l'est plus après cette date ;

- lorsqu'elle impose une confirmation de codage mais que celle-ci manque ; dans ce cas aussi la FG ne peut ni grouper le RPSS ni déterminer le groupe tarifaire (GHPC 9999 et GHT 99).

Si l'association MPP X MPA est présente dans la table des GHPC mais que l'IK figurant dans le RPSS est inférieur à la valeur minimale observée dans la table des GHPC pour cette combinaison, la *fonction groupage* retourne le code d'alerte « 524 » *indice de Karnofsky inférieur au seuil minimal défini pour cette association MPP x MPA.* Par convention le numéro de GHPC attribué à la sousséquence est également « 9999 ». L'IPI est alors calculé avec les pondérations du MPP, du MPA et de l'IK ramené à cette valeur minimale.

Pour une association MPP X MPA imposant une confirmation de codage, lorsque celui-ci est confirmé, l'IPI calculé est le produit des pondérations des MPP et IK figurant dans le RPSS.

Dans les autres cas (notamment dans celui du MP 14 *Soins de nursing lourd* avec un IK supérieur à 50%), l'IPI est calculé avec les pondérations du MPP, du MPA et de l'IK réel figurant dans le RPSS.

A3) La construction des groupes homogènes de tarifs

Dans le modèle tarifaire[45], une quatrième variable est prise en compte en raison de son effet démontré sur les couts médicaux directs journaliers. Il s'agit de la durée de prise en charge au sein de la séquence de soins : plus la séquence est longue, moins ces couts de prise en charge sont élevés. Cette quatrième variable a donc un effet dégressif sur les tarifs.

Au sein de chaque séquence de soins, quatre périodes ou tranches de durée de prise en charge ont été définies :

- la première tranche de durée de prise en charge court du 1er au 4e jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- la deuxième tranche court du 5e au 9e jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- la troisième tranche court du 10e au 30e jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- la quatrième tranche commence au 31e jour des soins (J31) jusqu'à un changement de séquence ou jusqu'à la sortie du patient de la structure d'HAD.

Si les modalités de la prise en charge du patient évoluent et que le patient entre dans une nouvelle séquence de soins, on repart de la première tranche.

À chaque tranche de durée de prise en charge est affecté un indice de pondération. La liste en est donnée dans l'appendice D.

Le produit de la pondération intermédiaire associée à chaque GHPC par celle de la tranche de durée de prise en charge considérée permet d'obtenir une pondération totale ou *indice de pondération totale* (IPT).

---

[44] « 025 » signifiant que le MPP n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné) ou « 056 » signifiant que le MPA n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné).

[45] L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, M. Perronnin, T. Renaud. Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé. N° 69. Juillet 2003 (CREDES/IRDES).

Retour sommaire

Sur cette base, l'éventail théorique des indices de pondération totale obtenu par le modèle en fonction des caractéristiques du séjour comporte de trop nombreuses valeurs pour avoir un sens économique. Dans un souci de simplification du modèle, sur la base des pondérations obtenues, les indices de pondération totale sont regroupés en 31 classes. Chacune d'elles représente un groupe homogène de tarifs (GHT).

L'échelle des GHT est donnée dans l'appendice E.

Le produit du coefficient multiplicateur, associé à l'IPT, par un tarif journalier de base permet de définir le tarif de base alloué à chaque journée d'HAD. Ce montant forfaitaire est publié annuellement dans l'arrêté tarifaire[46]. Il sert de base de remboursement des charges liées aux soins aux régimes obligatoires de l'assurance maladie.

Le montant du forfait journalier vise à couvrir les moyens humains, matériels, techniques mobilisés par la structure d'HAD pour prendre en charge le patient. Il ne couvre pas les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Bien que l'échelle des GHT soit presque la même pour les deux secteurs d'hospitalisation, public et privé, il existe néanmoins, durant une période transitoire, deux tarifs de base, l'un pour les établissements visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements anciennement financés par dotation globale), l'autre pour les établissements visés aux *d* et *e* du même article (établissements anciennement financés par objectif quantifié national).

A4) Interventions de l'HAD dans les ES/EMS

Depuis 2007, les ESHAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)[47]. En 2012, le champ d'intervention des ESHAD été élargi à tout le secteur des établissements sociaux (ES) et des autres établissements médicosociaux (EMS)[48].

Les MP autorisés pour les interventions de l'HAD dans les EHPAD bénéficiant de l'autorisation prévue au 4ème alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles restent limitées :

- MPP :

N° 03, 04, 05 (la chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par l'ESHAD à l'exception de la chimiothérapie par voie orale), 07, 08, 09, 18, 24 ;

- MPA :

N° 01, 02, 03, 04, 05 (la chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par l'ESHAD à l'exception de la chimiothérapie par voie orale), 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24

[46] Arrêté fixant les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. C'est l'arrêté tarifaire 2013 qui précise le taux de minoration tarifaire appliqué en cas de prise en charge d'un ESHAD en EMS (ex. en EHPAD) et le coefficient géographique qui peut s'appliquer au tarif journalier du GHT obtenu.

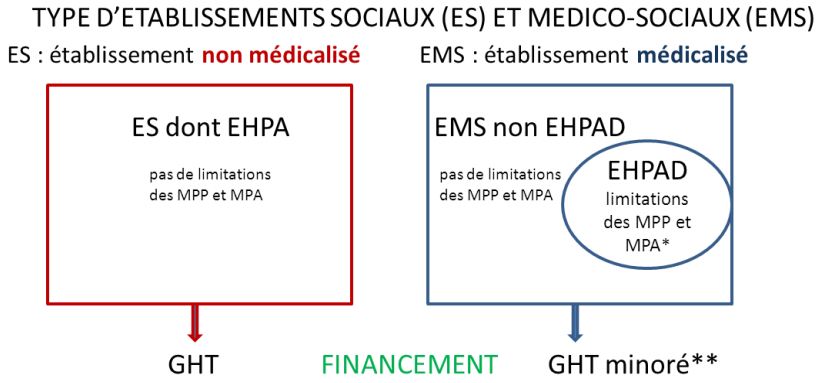
[47] Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

48 Décret no 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ; Décret no 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Retour sommaire

En revanche, les interventions de l'HAD dans les ES et les EMS autres que les EHPAD qui ne bénéficient pas de l'autorisation suscitée ne subissent pas ces limitations (arrêté du 25 avril 2007, article 1). Elles suivent les mêmes règles que celles des interventions hors EHPAD.

Le schéma ci-dessous résume les conditions de prise en charge fixées dans les arrêtés du 16 mars 2007, 25 avril 2007 et 24 mars 2009 qui s'appliquent toujours pour les interventions d'HAD auprès de patients vivant en ES non médicalisé ou en EMS bénéficiant de crédits de soins par l'Assurance maladie et la tarification des prestations d'HAD qui en découle (GHT à taux plein si l'ESHAD intervient en établissement non médicalisé et GHT minoré si l'ESHAD intervient dans un établissement médicalisé) :



* Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

** Arrêté tarifaire (article 4) précisant le taux de la minoration mentionnée au dernier alinéa du 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale est fixé pour 2012 à 13 % (Les forfaits correspondant aux prestations d'HAD font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L. 313-3 du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale).

Retour sommaire

Appendice B – Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky

B1) Pondérations associées au mode de prise en charge principal

Mode de prise en charge principal (MPP)	Pondération
01 – Assistance respiratoire	2,1
02 – Nutrition parentérale	1,9
03 – Traitement intraveineux	2,1303
04 – Soins palliatifs	2,066
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,7686
06 – Nutrition entérale	1,7686
07 – Prise en charge de la douleur	1,7686
08 – Autres traitements	1,7686
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 – Posttraitement chirurgical	1,6146
11 – Rééducation orthopédique	1,4376
12 – Rééducation neurologique	1,4376
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,3521
14 – Soins de nursing lourds	1,3521
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1
17 – Surveillance de radiothérapie	1,15
18 – Transfusion sanguine	1,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1
20 – Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	1
21 – *Post partum* pathologique	1,15
22 – Prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 – Surveillance d'aplasie	1,15

Retour sommaire

B2) Pondérations associées au mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge associé (MPA)	Pondération
00 – Pas de mode de prise en charge associé	1
01 – Assistance respiratoire	1,1636
02 – Nutrition parentérale	1,4899
03 – Traitement intraveineux	1,1636
04 – Soins palliatifs	1,4899
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,4899
06 – Nutrition entérale	1,3616
07 – Prise en charge de la douleur	1,1636
08 – Autres traitements	1,2642
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,2642
10 – Posttraitement chirurgical	1,1618
11 – Rééducation orthopédique	1,1636
12 – Rééducation neurologique	1,1636
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,1636
14 – Soins de nursing lourds	1,0558
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1,1618
17 – Surveillance de radiothérapie	1,2642
18 – Transfusion sanguine	1,2642
19 – Surveillance de grossesse à risque	1,0558
20 – Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	1,0558
21 – *Post partum* pathologique	1,1
24 – Surveillance d'aplasie	1,2642
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

B3) Pondérations associées à l'indice de Karnofsky

Classes et valeurs de l'IK (%)	Pondération
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

Retour sommaire

Appendice C – Caractéristiques des groupes homogènes de prise en charge

Les travaux de 2012 sur la mise en conformité de la fonction groupage et du guide méthodologique, ont permis de « symétriser » les *associations* MPP X MPA jusque-là asymétriques sur leurs intervalles d'IK (*cf.* point III de l'Annexe 2 de la notice technique ATIH CIM-MF 1234-4-2011 du 28 décembre 2011). Certaines associations de MP gardaient cependant des IK non superposables et ont été corrigées en 2013 pour les *combinaisons* suivantes *:*

Associations de MP		Plage d'IK
05 X 03	03 X 05	10 à 100%
14 X 13	13 X 14	10 à 50%
15 X 14	14 X 15	10 à 50%
19 X 14	14 X 19	10 à 50%
21 X 14	14 X 21	10 à 50%
24 X 14	14 X 24	10 à 50%

Il en résulte 12 nouveaux GHPC (N° GHPC 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583) repris dans le tableau suivant qui détaille les *combinaisons* (MPP X MPA X IK) correspondant à chaque GHPC.

Les GHPC sont numérotés par ordre croissant des combinaisons. Les MPP et MPA sont identifiés par leur code, l'IK s'exprime en pourcentage.

Pour chaque combinaison mentionnée, il est précisé si l'association MPP X MPA est considérée comme *inattendue* ou non par la fonction groupage (code-retour 530[49]) et si une *confirmation de codage est requise ou non*[50].

[49] En 2010 et 2011, ce type de GHPC correspondait à des associations de MP qui étaient qualifiées d'« inhabituelles ». Du fait de l'évolution des GHPC en 2012, le terme « inattendues » a remplacé le terme d'« inhabituelles » : ces associations « inattendues » n'ont pas été prévues dans le modèle tarifaire initial dans la mesure où elles sont possiblement redondantes.

[50] À propos de l'information *Confirmation de codage,* se reporter au point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

N° GHPC	MPP	MPA	IK %	Association inattendue	Confirmation de codage
1902	01	00	10-20	non	oui
1901	01	00	30	non	oui
1900	01	00	40	non	oui
1899	01	00	50	non	oui
1898	01	00	60	non	oui
1897	01	00	70-80	non	oui
1896	01	00	90-100	non	oui
1909	01	01	10-20	non	oui
1908	01	01	30	non	oui
1907	01	01	40	non	oui
1906	01	01	50	non	oui
1905	01	01	60	non	oui
1904	01	01	70-80	non	oui
1903	01	01	90-100	non	oui
0007	01	02	10-20	non	non
0006	01	02	30	non	non
0005	01	02	40	non	non
0004	01	02	50	non	non
0003	01	02	60	non	non
0002	01	02	70-80	non	non
0001	01	02	90-100	non	non
0014	01	03	10-20	non	non
0013	01	03	30	non	non
0012	01	03	40	non	non
0011	01	03	50	non	non
0010	01	03	60	non	non
0009	01	03	70-80	non	non
0008	01	03	90-100	non	non
0021	01	04	10-20	non	non
0020	01	04	30	non	non
0019	01	04	40	non	non
0018	01	04	50	non	non
0017	01	04	60	non	non
0016	01	04	70-80	non	non
0015	01	04	90-100	non	non
0028	01	05	10-20	non	non
0027	01	05	30	non	non
0026	01	05	40	non	non
0025	01	05	50	non	non
0024	01	05	60	non	non
0023	01	05	70-80	non	non
0022	01	05	90-100	non	non
0035	01	06	10-20	non	non
0034	01	06	30	non	non
0033	01	06	40	non	non
0032	01	06	50	non	non
0031	01	06	60	non	non
0030	01	06	70-80	non	non
0029	01	06	90-100	non	non
0042	01	07	10-20	non	non
0041	01	07	30	non	non

Retour sommaire

0040	01	07	40	non	non
0039	01	07	50	non	non
0038	01	07	60	non	non
0037	01	07	70-80	non	non
0036	01	07	90-100	non	non
0049	01	08	10-20	non	non
0048	01	08	30	non	non
0047	01	08	40	non	non
0046	01	08	50	non	non
0045	01	08	60	non	non
0044	01	08	70-80	non	non
0043	01	08	90-100	non	non
0056	01	09	10-20	non	non
0055	01	09	30	non	non
0054	01	09	40	non	non
0053	01	09	50	non	non
0052	01	09	60	non	non
0051	01	09	70-80	non	non
0050	01	09	90-100	non	non
0063	01	10	10-20	non	non
0062	01	10	30	non	non
0061	01	10	40	non	non
0060	01	10	50	non	non
0059	01	10	60	non	non
0058	01	10	70-80	non	non
0057	01	10	90-100	non	non
0070	01	11	10-20	non	non
0069	01	11	30	non	non
0068	01	11	40	non	non
0067	01	11	50	non	non
0066	01	11	60	non	non
0065	01	11	70-80	non	non
0064	01	11	90-100	non	non
0077	01	12	10-20	non	non
0076	01	12	30	non	non
0075	01	12	40	non	non
0074	01	12	50	non	non
0073	01	12	60	non	non
0072	01	12	70-80	non	non
0071	01	12	90-100	non	non
0084	01	13	10-20	non	non
0083	01	13	30	non	non
0082	01	13	40	non	non
0081	01	13	50	non	non
0080	01	13	60	non	non
0079	01	13	70-80	non	non
0078	01	13	90-100	non	non
0088	01	14	10-20	non	non
0087	01	14	30	non	non
0086	01	14	40	non	non
0085	01	14	50	non	non
0095	01	15	10-20	oui	non

Retour sommaire

0094	01	15	30	oui	non
0093	01	15	40	oui	non
0092	01	15	50	oui	non
0091	01	15	60	oui	non
0090	01	15	70-80	oui	non
0089	01	15	90-100	oui	non
0102	01	17	10-20	non	non
0101	01	17	30	non	non
0100	01	17	40	non	non
0099	01	17	50	non	non
0098	01	17	60	non	non
0097	01	17	70-80	non	non
0096	01	17	90-100	non	non
0109	01	18	10-20	non	non
0108	01	18	30	non	non
0107	01	18	40	non	non
0106	01	18	50	non	non
0105	01	18	60	non	non
0104	01	18	70-80	non	non
0103	01	18	90-100	non	non
0114	01	19	40	non	non
0113	01	19	50	non	non
0112	01	19	60	non	non
0111	01	19	70-80	non	non
0110	01	19	90-100	non	non
0119	01	20	40	non	non
0118	01	20	50	non	non
0117	01	20	60	non	non
0116	01	20	70-80	non	non
0115	01	20	90-100	non	non
0124	01	21	40	non	non
0123	01	21	50	non	non
0122	01	21	60	non	non
0121	01	21	70-80	non	non
0120	01	21	90-100	non	non
0131	01	24	10-20	non	non
0130	01	24	30	non	non
0129	01	24	40	non	non
0128	01	24	50	non	non
0127	01	24	60	non	non
0126	01	24	70-80	non	non
0125	01	24	90-100	non	non
0136	01	25	40	oui	non
0135	01	25	50	oui	non
0134	01	25	60	oui	non
0133	01	25	70-80	oui	non
0132	01	25	90-100	oui	non
1916	02	00	10-20	non	oui
1915	02	00	30	non	oui
1914	02	00	40	non	oui
1913	02	00	50	non	oui
1912	02	00	60	non	oui

Retour sommaire

1911	02	00	70-80	non	oui
1910	02	00	90-100	non	oui
0143	02	01	10-20	non	non
0142	02	01	30	non	non
0141	02	01	40	non	non
0140	02	01	50	non	non
0139	02	01	60	non	non
0138	02	01	70-80	non	non
0137	02	01	90-100	non	non
1923	02	02	10-20	non	oui
1922	02	02	30	non	oui
1921	02	02	40	non	oui
1920	02	02	50	non	oui
1919	02	02	60	non	oui
1918	02	02	70-80	non	oui
1917	02	02	90-100	non	oui
0150	02	03	10-20	non	non
0149	02	03	30	non	non
0148	02	03	40	non	non
0147	02	03	50	non	non
0146	02	03	60	non	non
0145	02	03	70-80	non	non
0144	02	03	90-100	non	non
1930	02	04	10-20	non	non
1929	02	04	30	non	non
1928	02	04	40	non	non
1927	02	04	50	non	non
1926	02	04	60	non	non
1925	02	04	70-80	non	non
1924	02	04	90-100	non	non
0162	02	05	40	non	non
0161	02	05	50	non	non
0160	02	05	60	non	non
0159	02	05	70-80	non	non
0158	02	05	90-100	non	non
0167	02	07	40	non	non
0166	02	07	50	non	non
0165	02	07	60	non	non
0164	02	07	70-80	non	non
0163	02	07	90-100	non	non
0174	02	08	10-20	non	non
0173	02	08	30	non	non
0172	02	08	40	non	non
0171	02	08	50	non	non
0170	02	08	60	non	non
0169	02	08	70-80	non	non
0168	02	08	90-100	non	non
0181	02	09	10-20	non	non
0180	02	09	30	non	non
0179	02	09	40	non	non
0178	02	09	50	non	non
0177	02	09	60	non	non

Retour sommaire

0176	02	09	70-80	non	non
0175	02	09	90-100	non	non
0188	02	10	10-20	non	non
0187	02	10	30	non	non
0186	02	10	40	non	non
0185	02	10	50	non	non
0184	02	10	60	non	non
0183	02	10	70-80	non	non
0182	02	10	90-100	non	non
0193	02	11	40	non	non
0192	02	11	50	non	non
0191	02	11	60	non	non
0190	02	11	70-80	non	non
0189	02	11	90-100	non	non
0198	02	12	40	non	non
0197	02	12	50	non	non
0196	02	12	60	non	non
0195	02	12	70-80	non	non
0194	02	12	90-100	non	non
0203	02	13	40	non	non
0202	02	13	50	non	non
0201	02	13	60	non	non
0200	02	13	70-80	non	non
0199	02	13	90-100	non	non
0207	02	14	10-20	non	non
0206	02	14	30	non	non
0205	02	14	40	non	non
0204	02	14	50	non	non
0212	02	15	40	oui	non
0211	02	15	50	oui	non
0210	02	15	60	oui	non
0209	02	15	70-80	oui	non
0208	02	15	90-100	oui	non
0219	02	17	10-20	non	non
0218	02	17	30	non	non
0217	02	17	40	non	non
0216	02	17	50	non	non
0215	02	17	60	non	non
0214	02	17	70-80	non	non
0213	02	17	90-100	non	non
0226	02	18	10-20	non	non
0225	02	18	30	non	non
0224	02	18	40	non	non
0223	02	18	50	non	non
0222	02	18	60	non	non
0221	02	18	70-80	non	non
0220	02	18	90-100	non	non
0231	02	19	40	non	non
0230	02	19	50	non	non
0229	02	19	60	non	non
0228	02	19	70-80	non	non
0227	02	19	90-100	non	non

Retour sommaire

0235	02	20	50	non	non
0234	02	20	60	non	non
0233	02	20	70-80	non	non
0232	02	20	90-100	non	non
0239	02	21	50	non	non
0238	02	21	60	non	non
0237	02	21	70-80	non	non
0236	02	21	90-100	non	non
0244	02	24	40	non	non
0243	02	24	50	non	non
0242	02	24	60	non	non
0241	02	24	70-80	non	non
0240	02	24	90-100	non	non
0249	02	25	40	oui	non
0248	02	25	50	oui	non
0247	02	25	60	oui	non
0246	02	25	70-80	oui	non
0245	02	25	90-100	oui	non
0252	03	00	60	non	non
0251	03	00	70-80	non	non
0250	03	00	90-100	non	non
0259	03	01	10-20	non	non
0258	03	01	30	non	non
0257	03	01	40	non	non
0256	03	01	50	non	non
0255	03	01	60	non	non
0254	03	01	70-80	non	non
0253	03	01	90-100	non	non
0266	03	02	10-20	non	non
0265	03	02	30	non	non
0264	03	02	40	non	non
0263	03	02	50	non	non
0262	03	02	60	non	non
0261	03	02	70-80	non	non
0260	03	02	90-100	non	non
1937	03	05	10-20	oui	non
1936	03	05	30	oui	non
1935	03	05	40	oui	non
1934	03	05	50	oui	non
1933	03	05	60	oui	non
1932	03	05	70-80	oui	non
1931	03	05	90-100	oui	non
0283	03	06	40	non	non
0282	03	06	50	non	non
0281	03	06	60	non	non
0280	03	06	70-80	non	non
0279	03	06	90-100	non	non
0290	03	07	10-20	non	non
0289	03	07	30	non	non
0288	03	07	40	non	non
0287	03	07	50	non	non
0286	03	07	60	non	non

Retour sommaire

0285	03	07	70-80	non	non
0284	03	07	90-100	non	non
0295	03	08	40	non	non
0294	03	08	50	non	non
0293	03	08	60	non	non
0292	03	08	70-80	non	non
0291	03	08	90-100	non	non
0301	03	09	30	non	non
0300	03	09	40	non	non
0299	03	09	50	non	non
0298	03	09	60	non	non
0297	03	09	70-80	non	non
0296	03	09	90-100	non	non
0307	03	10	30	non	non
0306	03	10	40	non	non
0305	03	10	50	non	non
0304	03	10	60	non	non
0303	03	10	70-80	non	non
0302	03	10	90-100	non	non
0312	03	11	40	non	non
0311	03	11	50	non	non
0310	03	11	60	non	non
0309	03	11	70-80	non	non
0308	03	11	90-100	non	non
0317	03	12	40	non	non
0316	03	12	50	non	non
0315	03	12	60	non	non
0314	03	12	70-80	non	non
0313	03	12	90-100	non	non
0322	03	13	40	non	non
0321	03	13	50	non	non
0320	03	13	60	non	non
0319	03	13	70-80	non	non
0318	03	13	90-100	non	non
0326	03	14	10-20	non	non
0325	03	14	30	non	non
0324	03	14	40	non	non
0323	03	14	50	non	non
0330	03	15	50	oui	non
0329	03	15	60	oui	non
0328	03	15	70-80	oui	non
0327	03	15	90-100	oui	non
0335	03	17	40	non	non
0334	03	17	50	non	non
0333	03	17	60	non	non
0332	03	17	70-80	non	non
0331	03	17	90-100	non	non
0340	03	18	40	non	non
0339	03	18	50	non	non
0338	03	18	60	non	non
0337	03	18	70-80	non	non
0336	03	18	90-100	non	non

Retour sommaire

0344	03	19	50	non	non
0343	03	19	60	non	non
0342	03	19	70-80	non	non
0341	03	19	90-100	non	non
0348	03	20	50	non	non
0347	03	20	60	non	non
0346	03	20	70-80	non	non
0345	03	20	90-100	non	non
0352	03	21	50	non	non
0351	03	21	60	non	non
0350	03	21	70-80	non	non
0349	03	21	90-100	non	non
0357	03	24	40	oui	non
0356	03	24	50	oui	non
0355	03	24	60	oui	non
0354	03	24	70-80	oui	non
0353	03	24	90-100	oui	non
0362	03	25	40	non	non
0361	03	25	50	non	non
0360	03	25	60	non	non
0359	03	25	70-80	non	non
0358	03	25	90-100	non	non
0369	04	00	10-20	non	non
0368	04	00	30	non	non
0367	04	00	40	non	non
0366	04	00	50	non	non
0365	04	00	60	non	non
0364	04	00	70-80	non	non
0363	04	00	90-100	non	non
0376	04	01	10-20	non	non
0375	04	01	30	non	non
0374	04	01	40	non	non
0373	04	01	50	non	non
0372	04	01	60	non	non
0371	04	01	70-80	non	non
0370	04	01	90-100	non	non
0383	04	02	10-20	non	non
0382	04	02	30	non	non
0381	04	02	40	non	non
0380	04	02	50	non	non
0379	04	02	60	non	non
0378	04	02	70-80	non	non
0377	04	02	90-100	non	non
0397	04	05	10-20	non	non
0396	04	05	30	non	non
0395	04	05	40	non	non
0394	04	05	50	non	non
0393	04	05	60	non	non
0392	04	05	70-80	non	non
0391	04	05	90-100	non	non
0404	04	06	10-20	non	non
0403	04	06	30	non	non

Retour sommaire

0402	04	06	40	non	non
0401	04	06	50	non	non
0400	04	06	60	non	non
0399	04	06	70-80	non	non
0398	04	06	90-100	non	non
0411	04	07	10-20	oui	non
0410	04	07	30	oui	non
0409	04	07	40	oui	non
0408	04	07	50	oui	non
0407	04	07	60	oui	non
0406	04	07	70-80	oui	non
0405	04	07	90-100	oui	non
0418	04	09	10-20	non	non
0417	04	09	30	non	non
0416	04	09	40	non	non
0415	04	09	50	non	non
0414	04	09	60	non	non
0413	04	09	70-80	non	non
0412	04	09	90-100	non	non
0425	04	10	10-20	non	non
0424	04	10	30	non	non
0423	04	10	40	non	non
0422	04	10	50	non	non
0421	04	10	60	non	non
0420	04	10	70-80	non	non
0419	04	10	90-100	non	non
0432	04	11	10-20	non	non
0431	04	11	30	non	non
0430	04	11	40	non	non
0429	04	11	50	non	non
0428	04	11	60	non	non
0427	04	11	70-80	non	non
0426	04	11	90-100	non	non
0439	04	12	10-20	non	non
0438	04	12	30	non	non
0437	04	12	40	non	non
0436	04	12	50	non	non
0435	04	12	60	non	non
0434	04	12	70-80	non	non
0433	04	12	90-100	non	non
0446	04	13	10-20	non	non
0445	04	13	30	non	non
0444	04	13	40	non	non
0443	04	13	50	non	non
0442	04	13	60	non	non
0441	04	13	70-80	non	non
0440	04	13	90-100	non	non
0460	04	18	10-20	non	non
0459	04	18	30	non	non
0458	04	18	40	non	non
0457	04	18	50	non	non
0456	04	18	60	non	non

Retour sommaire

0455	04	18	70-80	non	non
0454	04	18	90-100	non	non
0467	04	24	10-20	non	non
0466	04	24	30	non	non
0465	04	24	40	non	non
0464	04	24	50	non	non
0463	04	24	60	non	non
0462	04	24	70-80	non	non
0461	04	24	90-100	non	non
0479	05	00	40	non	non
0478	05	00	50	non	non
0477	05	00	60	non	non
0476	05	00	70-80	non	non
0475	05	00	90-100	non	non
0486	05	01	10-20	non	non
0485	05	01	30	non	non
0484	05	01	40	non	non
0483	05	01	50	non	non
0482	05	01	60	non	non
0481	05	01	70-80	non	non
0480	05	01	90-100	non	non
0491	05	02	40	non	non
0490	05	02	50	non	non
0489	05	02	60	non	non
0488	05	02	70-80	non	non
0487	05	02	90-100	non	non
2572	05	03	10-20	oui	non
2573	05	03	30	oui	non
0496	05	03	40	oui	non
0495	05	03	50	oui	non
0494	05	03	60	oui	non
0493	05	03	70-80	oui	non
0492	05	03	90-100	oui	non
1944	05	04	10-20	non	non
1943	05	04	30	non	non
1942	05	04	40	non	non
1941	05	04	50	non	non
1940	05	04	60	non	non
1939	05	04	70-80	non	non
1938	05	04	90-100	non	non
0503	05	06	10-20	non	non
0502	05	06	30	non	non
0501	05	06	40	non	non
0500	05	06	50	non	non
0499	05	06	60	non	non
0498	05	06	70-80	non	non
0497	05	06	90-100	non	non
0510	05	07	10-20	non	non
0509	05	07	30	non	non
0508	05	07	40	non	non
0507	05	07	50	non	non
0506	05	07	60	non	non

Retour sommaire

0505	05	07	70-80	non	non
0504	05	07	90-100	non	non
0517	05	08	10-20	non	non
0516	05	08	30	non	non
0515	05	08	40	non	non
0514	05	08	50	non	non
0513	05	08	60	non	non
0512	05	08	70-80	non	non
0511	05	08	90-100	non	non
0524	05	09	10-20	non	non
0523	05	09	30	non	non
0522	05	09	40	non	non
0521	05	09	50	non	non
0520	05	09	60	non	non
0519	05	09	70-80	non	non
0518	05	09	90-100	non	non
0531	05	10	10-20	non	non
0530	05	10	30	non	non
0529	05	10	40	non	non
0528	05	10	50	non	non
0527	05	10	60	non	non
0526	05	10	70-80	non	non
0525	05	10	90-100	non	non
0538	05	11	10-20	non	non
0537	05	11	30	non	non
0536	05	11	40	non	non
0535	05	11	50	non	non
0534	05	11	60	non	non
0533	05	11	70-80	non	non
0532	05	11	90-100	non	non
0545	05	12	10-20	non	non
0544	05	12	30	non	non
0543	05	12	40	non	non
0542	05	12	50	non	non
0541	05	12	60	non	non
0540	05	12	70-80	non	non
0539	05	12	90-100	non	non
0556	05	14	10-20	non	non
0555	05	14	30	non	non
0554	05	14	40	non	non
0553	05	14	50	non	non
0563	05	15	10-20	oui	non
0562	05	15	30	oui	non
0561	05	15	40	oui	non
0560	05	15	50	oui	non
0559	05	15	60	oui	non
0558	05	15	70-80	oui	non
0557	05	15	90-100	oui	non
0570	05	17	10-20	non	non
0569	05	17	30	non	non
0568	05	17	40	non	non
0567	05	17	50	non	non

Retour sommaire

0566	05	17	60	non	non
0565	05	17	70-80	non	non
0564	05	17	90-100	non	non
0577	05	18	10-20	non	non
0576	05	18	30	non	non
0575	05	18	40	non	non
0574	05	18	50	non	non
0573	05	18	60	non	non
0572	05	18	70-80	non	non
0571	05	18	90-100	non	non
0584	05	19	10-20	non	non
0583	05	19	30	non	non
0582	05	19	40	non	non
0581	05	19	50	non	non
0580	05	19	60	non	non
0579	05	19	70-80	non	non
0578	05	19	90-100	non	non
0591	05	20	10-20	non	non
0590	05	20	30	non	non
0589	05	20	40	non	non
0588	05	20	50	non	non
0587	05	20	60	non	non
0586	05	20	70-80	non	non
0585	05	20	90-100	non	non
0598	05	21	10-20	non	non
0597	05	21	30	non	non
0596	05	21	40	non	non
0595	05	21	50	non	non
0594	05	21	60	non	non
0593	05	21	70-80	non	non
0592	05	21	90-100	non	non
0612	05	25	10-20	non	non
0611	05	25	30	non	non
0610	05	25	40	non	non
0609	05	25	50	non	non
0608	05	25	60	non	non
0607	05	25	70-80	non	non
0606	05	25	90-100	non	non
1951	06	00	10-20	non	oui
1950	06	00	30	non	oui
1949	06	00	40	non	oui
1948	06	00	50	non	oui
1947	06	00	60	non	oui
1946	06	00	70-80	non	oui
1945	06	00	90-100	non	oui
0619	06	01	10-20	non	non
0618	06	01	30	non	non
0617	06	01	40	non	non
0616	06	01	50	non	non
0615	06	01	60	non	non
0614	06	01	70-80	non	non
0613	06	01	90-100	non	non

Retour sommaire

0624	06	03	40	non	non
0623	06	03	50	non	non
0622	06	03	60	non	non
0621	06	03	70-80	non	non
0620	06	03	90-100	non	non
1958	06	04	10-20	non	non
1957	06	04	30	non	non
1956	06	04	40	non	non
1955	06	04	50	non	non
1954	06	04	60	non	non
1953	06	04	70-80	non	non
1952	06	04	90-100	non	non
1960	06	05	10-20	non	non
1959	06	05	30	non	non
0629	06	05	40	non	non
0628	06	05	50	non	non
0627	06	05	60	non	non
0626	06	05	70-80	non	non
0625	06	05	90-100	non	non
1967	06	06	10-20	non	oui
1966	06	06	30	non	oui
1965	06	06	40	non	oui
1964	06	06	50	non	oui
1963	06	06	60	non	oui
1962	06	06	70-80	non	oui
1961	06	06	90-100	non	oui
1969	06	07	10-20	non	non
1968	06	07	30	non	non
0634	06	07	40	non	non
0633	06	07	50	non	non
0632	06	07	60	non	non
0631	06	07	70-80	non	non
0630	06	07	90-100	non	non
0641	06	08	10-20	non	non
0640	06	08	30	non	non
0639	06	08	40	non	non
0638	06	08	50	non	non
0637	06	08	60	non	non
0636	06	08	70-80	non	non
0635	06	08	90-100	non	non
0648	06	09	10-20	non	non
0647	06	09	30	non	non
0646	06	09	40	non	non
0645	06	09	50	non	non
0644	06	09	60	non	non
0643	06	09	70-80	non	non
0642	06	09	90-100	non	non
0655	06	10	10-20	non	non
0654	06	10	30	non	non
0653	06	10	40	non	non
0652	06	10	50	non	non
0651	06	10	60	non	non

Retour sommaire

0650	06	10	70-80	non	non
0649	06	10	90-100	non	non
0662	06	11	10-20	non	non
0661	06	11	30	non	non
0660	06	11	40	non	non
0659	06	11	50	non	non
0658	06	11	60	non	non
0657	06	11	70-80	non	non
0656	06	11	90-100	non	non
0669	06	12	10-20	non	non
0668	06	12	30	non	non
0667	06	12	40	non	non
0666	06	12	50	non	non
0665	06	12	60	non	non
0664	06	12	70-80	non	non
0663	06	12	90-100	non	non
0676	06	13	10-20	non	non
0675	06	13	30	non	non
0674	06	13	40	non	non
0673	06	13	50	non	non
0672	06	13	60	non	non
0671	06	13	70-80	non	non
0670	06	13	90-100	non	non
0680	06	14	10-20	non	non
0679	06	14	30	non	non
0678	06	14	40	non	non
0677	06	14	50	non	non
0687	06	15	10-20	oui	non
0686	06	15	30	oui	non
0685	06	15	40	oui	non
0684	06	15	50	oui	non
0683	06	15	60	oui	non
0682	06	15	70-80	oui	non
0681	06	15	90-100	oui	non
0694	06	17	10-20	non	non
0693	06	17	30	non	non
0692	06	17	40	non	non
0691	06	17	50	non	non
0690	06	17	60	non	non
0689	06	17	70-80	non	non
0688	06	17	90-100	non	non
0701	06	18	10-20	non	non
0700	06	18	30	non	non
0699	06	18	40	non	non
0698	06	18	50	non	non
0697	06	18	60	non	non
0696	06	18	70-80	non	non
0695	06	18	90-100	non	non
0708	06	19	10-20	non	non
0707	06	19	30	non	non
0706	06	19	40	non	non
0705	06	19	50	non	non

Retour sommaire

0704	06	19	60	non	non
0703	06	19	70-80	non	non
0702	06	19	90-100	non	non
0715	06	20	10-20	non	non
0714	06	20	30	non	non
0713	06	20	40	non	non
0712	06	20	50	non	non
0711	06	20	60	non	non
0710	06	20	70-80	non	non
0709	06	20	90-100	non	non
0722	06	21	10-20	non	non
0721	06	21	30	non	non
0720	06	21	40	non	non
0719	06	21	50	non	non
0718	06	21	60	non	non
0717	06	21	70-80	non	non
0716	06	21	90-100	non	non
0729	06	24	10-20	non	non
0728	06	24	30	non	non
0727	06	24	40	non	non
0726	06	24	50	non	non
0725	06	24	60	non	non
0724	06	24	70-80	non	non
0723	06	24	90-100	non	non
0736	06	25	10-20	oui	non
0735	06	25	30	oui	non
0734	06	25	40	oui	non
0733	06	25	50	oui	non
0732	06	25	60	oui	non
0731	06	25	70-80	oui	non
0730	06	25	90-100	oui	non
0741	07	00	40	non	non
0740	07	00	50	non	non
0739	07	00	60	non	non
0738	07	00	70-80	non	non
0737	07	00	90-100	non	non
0748	07	01	10-20	non	non
0747	07	01	30	non	non
0746	07	01	40	non	non
0745	07	01	50	non	non
0744	07	01	60	non	non
0743	07	01	70-80	non	non
0742	07	01	90-100	non	non
0753	07	02	40	non	non
0752	07	02	50	non	non
0751	07	02	60	non	non
0750	07	02	70-80	non	non
0749	07	02	90-100	non	non
0760	07	03	10-20	non	non
0759	07	03	30	non	non
0758	07	03	40	non	non
0757	07	03	50	non	non

Retour sommaire

0756	07	03	60	non	non
0755	07	03	70-80	non	non
0754	07	03	90-100	non	non
1976	07	04	10-20	oui	non
1975	07	04	30	oui	non
1974	07	04	40	oui	non
1973	07	04	50	oui	non
1972	07	04	60	oui	non
1971	07	04	70-80	oui	non
1970	07	04	90-100	oui	non
1978	07	05	10-20	non	non
1977	07	05	30	non	non
0765	07	05	40	non	non
0764	07	05	50	non	non
0763	07	05	60	non	non
0762	07	05	70-80	non	non
0761	07	05	90-100	non	non
0772	07	06	10-20	non	non
0771	07	06	30	non	non
0770	07	06	40	non	non
0769	07	06	50	non	non
0768	07	06	60	non	non
0767	07	06	70-80	non	non
0766	07	06	90-100	non	non
0779	07	08	10-20	non	non
0778	07	08	30	non	non
0777	07	08	40	non	non
0776	07	08	50	non	non
0775	07	08	60	non	non
0774	07	08	70-80	non	non
0773	07	08	90-100	non	non
0786	07	09	10-20	non	non
0785	07	09	30	non	non
0784	07	09	40	non	non
0783	07	09	50	non	non
0782	07	09	60	non	non
0781	07	09	70-80	non	non
0780	07	09	90-100	non	non
0793	07	10	10-20	non	non
0792	07	10	30	non	non
0791	07	10	40	non	non
0790	07	10	50	non	non
0789	07	10	60	non	non
0788	07	10	70-80	non	non
0787	07	10	90-100	non	non
0800	07	11	10-20	non	non
0799	07	11	30	non	non
0798	07	11	40	non	non
0797	07	11	50	non	non
0796	07	11	60	non	non
0795	07	11	70-80	non	non
0794	07	11	90-100	non	non

Retour sommaire

0807	07	12	10-20	non	non
0806	07	12	30	non	non
0805	07	12	40	non	non
0804	07	12	50	non	non
0803	07	12	60	non	non
0802	07	12	70-80	non	non
0801	07	12	90-100	non	non
0814	07	13	10-20	non	non
0813	07	13	30	non	non
0812	07	13	40	non	non
0811	07	13	50	non	non
0810	07	13	60	non	non
0809	07	13	70-80	non	non
0808	07	13	90-100	non	non
0818	07	14	10-20	non	non
0817	07	14	30	non	non
0816	07	14	40	non	non
0815	07	14	50	non	non
0825	07	15	10-20	oui	non
0824	07	15	30	oui	non
0823	07	15	40	oui	non
0822	07	15	50	oui	non
0821	07	15	60	oui	non
0820	07	15	70-80	oui	non
0819	07	15	90-100	oui	non
0832	07	17	10-20	non	non
0831	07	17	30	non	non
0830	07	17	40	non	non
0829	07	17	50	non	non
0828	07	17	60	non	non
0827	07	17	70-80	non	non
0826	07	17	90-100	non	non
0839	07	18	10-20	non	non
0838	07	18	30	non	non
0837	07	18	40	non	non
0836	07	18	50	non	non
0835	07	18	60	non	non
0834	07	18	70-80	non	non
0833	07	18	90-100	non	non
0846	07	19	10-20	non	non
0845	07	19	30	non	non
0844	07	19	40	non	non
0843	07	19	50	non	non
0842	07	19	60	non	non
0841	07	19	70-80	non	non
0840	07	19	90-100	non	non
0853	07	20	10-20	non	non
0852	07	20	30	non	non
0851	07	20	40	non	non
0850	07	20	50	non	non
0849	07	20	60	non	non
0848	07	20	70-80	non	non

Retour sommaire

0847	07	20	90-100	non	non
0860	07	21	10-20	non	non
0859	07	21	30	non	non
0858	07	21	40	non	non
0857	07	21	50	non	non
0856	07	21	60	non	non
0855	07	21	70-80	non	non
0854	07	21	90-100	non	non
0867	07	24	10-20	non	non
0866	07	24	30	non	non
0865	07	24	40	non	non
0864	07	24	50	non	non
0863	07	24	60	non	non
0862	07	24	70-80	non	non
0861	07	24	90-100	non	non
0874	07	25	10-20	non	non
0873	07	25	30	non	non
0872	07	25	40	non	non
0871	07	25	50	non	non
0870	07	25	60	non	non
0869	07	25	70-80	non	non
0868	07	25	90-100	non	non
0879	08	00	40	non	non
0878	08	00	50	non	non
0877	08	00	60	non	non
0876	08	00	70-80	non	non
0875	08	00	90-100	non	non
0886	08	01	10-20	non	non
0885	08	01	30	non	non
0884	08	01	40	non	non
0883	08	01	50	non	non
0882	08	01	60	non	non
0881	08	01	70-80	non	non
0880	08	01	90-100	non	non
0893	08	02	10-20	non	non
0892	08	02	30	non	non
0891	08	02	40	non	non
0890	08	02	50	non	non
0889	08	02	60	non	non
0888	08	02	70-80	non	non
0887	08	02	90-100	non	non
0898	08	03	40	non	non
0897	08	03	50	non	non
0896	08	03	60	non	non
0895	08	03	70-80	non	non
0894	08	03	90-100	non	non
1980	08	05	10-20	non	non
1979	08	05	30	non	non
0903	08	05	40	non	non
0902	08	05	50	non	non
0901	08	05	60	non	non
0900	08	05	70-80	non	non

Retour sommaire

0899	08	05	90-100	non	non
1982	08	06	10-20	non	non
1981	08	06	30	non	non
0908	08	06	40	non	non
0907	08	06	50	non	non
0906	08	06	60	non	non
0905	08	06	70-80	non	non
0904	08	06	90-100	non	non
1984	08	07	10-20	non	non
1983	08	07	30	non	non
0913	08	07	40	non	non
0912	08	07	50	non	non
0911	08	07	60	non	non
0910	08	07	70-80	non	non
0909	08	07	90-100	non	non
0920	08	09	10-20	non	non
0919	08	09	30	non	non
0918	08	09	40	non	non
0917	08	09	50	non	non
0916	08	09	60	non	non
0915	08	09	70-80	non	non
0914	08	09	90-100	non	non
0927	08	10	10-20	non	non
0926	08	10	30	non	non
0925	08	10	40	non	non
0924	08	10	50	non	non
0923	08	10	60	non	non
0922	08	10	70-80	non	non
0921	08	10	90-100	non	non
0934	08	11	10-20	non	non
0933	08	11	30	non	non
0932	08	11	40	non	non
0931	08	11	50	non	non
0930	08	11	60	non	non
0929	08	11	70-80	non	non
0928	08	11	90-100	non	non
0941	08	12	10-20	non	non
0940	08	12	30	non	non
0939	08	12	40	non	non
0938	08	12	50	non	non
0937	08	12	60	non	non
0936	08	12	70-80	non	non
0935	08	12	90-100	non	non
0948	08	13	10-20	non	non
0947	08	13	30	non	non
0946	08	13	40	non	non
0945	08	13	50	non	non
0944	08	13	60	non	non
0943	08	13	70-80	non	non
0942	08	13	90-100	non	non
0952	08	14	10-20	non	non
0951	08	14	30	non	non

Retour sommaire

0950	08	14	40	non	non
0949	08	14	50	non	non
0959	08	15	10-20	oui	non
0958	08	15	30	oui	non
0957	08	15	40	oui	non
0956	08	15	50	oui	non
0955	08	15	60	oui	non
0954	08	15	70-80	oui	non
0953	08	15	90-100	oui	non
0966	08	17	10-20	non	non
0965	08	17	30	non	non
0964	08	17	40	non	non
0963	08	17	50	non	non
0962	08	17	60	non	non
0961	08	17	70-80	non	non
0960	08	17	90-100	non	non
0973	08	18	10-20	non	non
0972	08	18	30	non	non
0971	08	18	40	non	non
0970	08	18	50	non	non
0969	08	18	60	non	non
0968	08	18	70-80	non	non
0967	08	18	90-100	non	non
0980	08	19	10-20	non	non
0979	08	19	30	non	non
0978	08	19	40	non	non
0977	08	19	50	non	non
0976	08	19	60	non	non
0975	08	19	70-80	non	non
0974	08	19	90-100	non	non
0987	08	20	10-20	non	non
0986	08	20	30	non	non
0985	08	20	40	non	non
0984	08	20	50	non	non
0983	08	20	60	non	non
0982	08	20	70-80	non	non
0981	08	20	90-100	non	non
0994	08	21	10-20	non	non
0993	08	21	30	non	non
0992	08	21	40	non	non
0991	08	21	50	non	non
0990	08	21	60	non	non
0989	08	21	70-80	non	non
0988	08	21	90-100	non	non
1001	08	24	10-20	non	non
1000	08	24	30	non	non
0999	08	24	40	non	non
0998	08	24	50	non	non
0997	08	24	60	non	non
0996	08	24	70-80	non	non
0995	08	24	90-100	non	non
1008	08	25	10-20	non	non

Retour sommaire

1007	08	25	30	non	non
1006	08	25	40	non	non
1005	08	25	50	non	non
1004	08	25	60	non	non
1003	08	25	70-80	non	non
1002	08	25	90-100	non	non
1986	09	00	10-20	non	non
1985	09	00	30	non	non
1013	09	00	40	non	non
1012	09	00	50	non	non
1011	09	00	60	non	non
1010	09	00	70-80	non	non
1009	09	00	90-100	non	non
1020	09	01	10-20	non	non
1019	09	01	30	non	non
1018	09	01	40	non	non
1017	09	01	50	non	non
1016	09	01	60	non	non
1015	09	01	70-80	non	non
1014	09	01	90-100	non	non
1027	09	02	10-20	non	non
1026	09	02	30	non	non
1025	09	02	40	non	non
1024	09	02	50	non	non
1023	09	02	60	non	non
1022	09	02	70-80	non	non
1021	09	02	90-100	non	non
1033	09	03	30	non	non
1032	09	03	40	non	non
1031	09	03	50	non	non
1030	09	03	60	non	non
1029	09	03	70-80	non	non
1028	09	03	90-100	non	non
1993	09	04	10-20	non	non
1992	09	04	30	non	non
1991	09	04	40	non	non
1990	09	04	50	non	non
1989	09	04	60	non	non
1988	09	04	70-80	non	non
1987	09	04	90-100	non	non
1995	09	05	10-20	non	non
1994	09	05	30	non	non
1038	09	05	40	non	non
1037	09	05	50	non	non
1036	09	05	60	non	non
1035	09	05	70-80	non	non
1034	09	05	90-100	non	non
1997	09	06	10-20	non	non
1996	09	06	30	non	non
1043	09	06	40	non	non
1042	09	06	50	non	non
1041	09	06	60	non	non

Retour sommaire

1040	09	06	70-80	non	non
1039	09	06	90-100	non	non
1999	09	07	10-20	non	non
1998	09	07	30	non	non
1048	09	07	40	non	non
1047	09	07	50	non	non
1046	09	07	60	non	non
1045	09	07	70-80	non	non
1044	09	07	90-100	non	non
2000	09	08	10-20	non	non
1054	09	08	30	non	non
1053	09	08	40	non	non
1052	09	08	50	non	non
1051	09	08	60	non	non
1050	09	08	70-80	non	non
1049	09	08	90-100	non	non
1061	09	10	10-20	oui	non
1060	09	10	30	oui	non
1059	09	10	40	oui	non
1058	09	10	50	oui	non
1057	09	10	60	oui	non
1056	09	10	70-80	oui	non
1055	09	10	90-100	oui	non
1068	09	11	10-20	non	non
1067	09	11	30	non	non
1066	09	11	40	non	non
1065	09	11	50	non	non
1064	09	11	60	non	non
1063	09	11	70-80	non	non
1062	09	11	90-100	non	non
1075	09	12	10-20	non	non
1074	09	12	30	non	non
1073	09	12	40	non	non
1072	09	12	50	non	non
1071	09	12	60	non	non
1070	09	12	70-80	non	non
1069	09	12	90-100	non	non
1082	09	13	10-20	non	non
1081	09	13	30	non	non
1080	09	13	40	non	non
1079	09	13	50	non	non
1078	09	13	60	non	non
1077	09	13	70-80	non	non
1076	09	13	90-100	non	non
1086	09	14	10-20	non	non
1085	09	14	30	non	non
1084	09	14	40	non	non
1083	09	14	50	non	non
1093	09	15	10-20	oui	non
1092	09	15	30	oui	non
1091	09	15	40	oui	non
1090	09	15	50	oui	non

Retour sommaire

1089	09	15	60	oui	non
1088	09	15	70-80	oui	non
1087	09	15	90-100	oui	non
1100	09	17	10-20	non	non
1099	09	17	30	non	non
1098	09	17	40	non	non
1097	09	17	50	non	non
1096	09	17	60	non	non
1095	09	17	70-80	non	non
1094	09	17	90-100	non	non
1107	09	18	10-20	non	non
1106	09	18	30	non	non
1105	09	18	40	non	non
1104	09	18	50	non	non
1103	09	18	60	non	non
1102	09	18	70-80	non	non
1101	09	18	90-100	non	non
1114	09	19	10-20	non	non
1113	09	19	30	non	non
1112	09	19	40	non	non
1111	09	19	50	non	non
1110	09	19	60	non	non
1109	09	19	70-80	non	non
1108	09	19	90-100	non	non
1121	09	20	10-20	non	non
1120	09	20	30	non	non
1119	09	20	40	non	non
1118	09	20	50	non	non
1117	09	20	60	non	non
1116	09	20	70-80	non	non
1115	09	20	90-100	non	non
1128	09	21	10-20	non	non
1127	09	21	30	non	non
1126	09	21	40	non	non
1125	09	21	50	non	non
1124	09	21	60	non	non
1123	09	21	70-80	non	non
1122	09	21	90-100	non	non
1135	09	24	10-20	non	non
1134	09	24	30	non	non
1133	09	24	40	non	non
1132	09	24	50	non	non
1131	09	24	60	non	non
1130	09	24	70-80	non	non
1129	09	24	90-100	non	non
1142	09	25	10-20	non	non
1141	09	25	30	non	non
1140	09	25	40	non	non
1139	09	25	50	non	non
1138	09	25	60	non	non
1137	09	25	70-80	non	non
1136	09	25	90-100	non	non

Retour sommaire

1146	10	00	50	non	non
1145	10	00	60	non	non
1144	10	00	70-80	non	non
1143	10	00	90-100	non	non
1153	10	01	10-20	non	non
1152	10	01	30	non	non
1151	10	01	40	non	non
1150	10	01	50	non	non
1149	10	01	60	non	non
1148	10	01	70-80	non	non
1147	10	01	90-100	non	non
1160	10	02	10-20	non	non
1159	10	02	30	non	non
1158	10	02	40	non	non
1157	10	02	50	non	non
1156	10	02	60	non	non
1155	10	02	70-80	non	non
1154	10	02	90-100	non	non
1166	10	03	30	non	non
1165	10	03	40	non	non
1164	10	03	50	non	non
1163	10	03	60	non	non
1162	10	03	70-80	non	non
1161	10	03	90-100	non	non
2007	10	04	10-20	non	non
2006	10	04	30	non	non
2005	10	04	40	non	non
2004	10	04	50	non	non
2003	10	04	60	non	non
2002	10	04	70-80	non	non
2001	10	04	90-100	non	non
2009	10	05	10-20	non	non
2008	10	05	30	non	non
1171	10	05	40	non	non
1170	10	05	50	non	non
1169	10	05	60	non	non
1168	10	05	70-80	non	non
1167	10	05	90-100	non	non
2011	10	06	10-20	non	non
2010	10	06	30	non	non
1176	10	06	40	non	non
1175	10	06	50	non	non
1174	10	06	60	non	non
1173	10	06	70-80	non	non
1172	10	06	90-100	non	non
2013	10	07	10-20	non	non
2012	10	07	30	non	non
1181	10	07	40	non	non
1180	10	07	50	non	non
1179	10	07	60	non	non
1178	10	07	70-80	non	non
1177	10	07	90-100	non	non

Retour sommaire

2014	10	08	10-20	non	non
1187	10	08	30	non	non
1186	10	08	40	non	non
1185	10	08	50	non	non
1184	10	08	60	non	non
1183	10	08	70-80	non	non
1182	10	08	90-100	non	non
1194	10	09	10-20	oui	non
1193	10	09	30	oui	non
1192	10	09	40	oui	non
1191	10	09	50	oui	non
1190	10	09	60	oui	non
1189	10	09	70-80	oui	non
1188	10	09	90-100	oui	non
1201	10	11	10-20	non	non
1200	10	11	30	non	non
1199	10	11	40	non	non
1198	10	11	50	non	non
1197	10	11	60	non	non
1196	10	11	70-80	non	non
1195	10	11	90-100	non	non
1208	10	12	10-20	non	non
1207	10	12	30	non	non
1206	10	12	40	non	non
1205	10	12	50	non	non
1204	10	12	60	non	non
1203	10	12	70-80	non	non
1202	10	12	90-100	non	non
1215	10	13	10-20	non	non
1214	10	13	30	non	non
1213	10	13	40	non	non
1212	10	13	50	non	non
1211	10	13	60	non	non
1210	10	13	70-80	non	non
1209	10	13	90-100	non	non
1219	10	14	10-20	non	non
1218	10	14	30	non	non
1217	10	14	40	non	non
1216	10	14	50	non	non
1226	10	15	10-20	oui	non
1225	10	15	30	oui	non
1224	10	15	40	oui	non
1223	10	15	50	oui	non
1222	10	15	60	oui	non
1221	10	15	70-80	oui	non
1220	10	15	90-100	oui	non
1233	10	17	10-20	non	non
1232	10	17	30	non	non
1231	10	17	40	non	non
1230	10	17	50	non	non
1229	10	17	60	non	non
1228	10	17	70-80	non	non

Retour sommaire

1227	10	17	90-100	non	non
1240	10	18	10-20	non	non
1239	10	18	30	non	non
1238	10	18	40	non	non
1237	10	18	50	non	non
1236	10	18	60	non	non
1235	10	18	70-80	non	non
1234	10	18	90-100	non	non
1247	10	19	10-20	non	non
1246	10	19	30	non	non
1245	10	19	40	non	non
1244	10	19	50	non	non
1243	10	19	60	non	non
1242	10	19	70-80	non	non
1241	10	19	90-100	non	non
1254	10	20	10-20	non	non
1253	10	20	30	non	non
1252	10	20	40	non	non
1251	10	20	50	non	non
1250	10	20	60	non	non
1249	10	20	70-80	non	non
1248	10	20	90-100	non	non
1261	10	21	10-20	non	non
1260	10	21	30	non	non
1259	10	21	40	non	non
1258	10	21	50	non	non
1257	10	21	60	non	non
1256	10	21	70-80	non	non
1255	10	21	90-100	non	non
1268	10	24	10-20	non	non
1267	10	24	30	non	non
1266	10	24	40	non	non
1265	10	24	50	non	non
1264	10	24	60	non	non
1263	10	24	70-80	non	non
1262	10	24	90-100	non	non
1275	10	25	10-20	non	non
1274	10	25	30	non	non
1273	10	25	40	non	non
1272	10	25	50	non	non
1271	10	25	60	non	non
1270	10	25	70-80	non	non
1269	10	25	90-100	non	non
2021	11	00	10-20	non	oui
2020	11	00	30	non	oui
2019	11	00	40	non	oui
2018	11	00	50	non	oui
2017	11	00	60	non	oui
2016	11	00	70-80	non	oui
2015	11	00	90-100	non	oui
1282	11	01	10-20	non	non
1281	11	01	30	non	non

Retour sommaire

1280	11	01	40	non	non
1279	11	01	50	non	non
1278	11	01	60	non	non
1277	11	01	70-80	non	non
1276	11	01	90-100	non	non
2026	11	02	40	non	non
2025	11	02	50	non	non
2024	11	02	60	non	non
2023	11	02	70-80	non	non
2022	11	02	90-100	non	non
1287	11	03	40	non	non
1286	11	03	50	non	non
1285	11	03	60	non	non
1284	11	03	70-80	non	non
1283	11	03	90-100	non	non
2033	11	04	10-20	non	non
2032	11	04	30	non	non
2031	11	04	40	non	non
2030	11	04	50	non	non
2029	11	04	60	non	non
2028	11	04	70-80	non	non
2027	11	04	90-100	non	non
2035	11	05	10-20	non	non
2034	11	05	30	non	non
1292	11	05	40	non	non
1291	11	05	50	non	non
1290	11	05	60	non	non
1289	11	05	70-80	non	non
1288	11	05	90-100	non	non
2037	11	06	10-20	non	non
2036	11	06	30	non	non
1297	11	06	40	non	non
1296	11	06	50	non	non
1295	11	06	60	non	non
1294	11	06	70-80	non	non
1293	11	06	90-100	non	non
2039	11	07	10-20	non	non
2038	11	07	30	non	non
1302	11	07	40	non	non
1301	11	07	50	non	non
1300	11	07	60	non	non
1299	11	07	70-80	non	non
1298	11	07	90-100	non	non
2040	11	08	10-20	non	non
1308	11	08	30	non	non
1307	11	08	40	non	non
1306	11	08	50	non	non
1305	11	08	60	non	non
1304	11	08	70-80	non	non
1303	11	08	90-100	non	non
1315	11	09	10-20	non	non
1314	11	09	30	non	non

Retour sommaire

1313	11	09	40	non	non
1312	11	09	50	non	non
1311	11	09	60	non	non
1310	11	09	70-80	non	non
1309	11	09	90-100	non	non
1322	11	10	10-20	non	non
1321	11	10	30	non	non
1320	11	10	40	non	non
1319	11	10	50	non	non
1318	11	10	60	non	non
1317	11	10	70-80	non	non
1316	11	10	90-100	non	non
2047	11	11	10-20	non	oui
2046	11	11	30	non	oui
2045	11	11	40	non	oui
2044	11	11	50	non	oui
2043	11	11	60	non	oui
2042	11	11	70-80	non	oui
2041	11	11	90-100	non	oui
1329	11	12	10-20	non	non
1328	11	12	30	non	non
1327	11	12	40	non	non
1326	11	12	50	non	non
1325	11	12	60	non	non
1324	11	12	70-80	non	non
1323	11	12	90-100	non	non
1336	11	13	10-20	non	non
1335	11	13	30	non	non
1334	11	13	40	non	non
1333	11	13	50	non	non
1332	11	13	60	non	non
1331	11	13	70-80	non	non
1330	11	13	90-100	non	non
1340	11	14	10-20	non	non
1339	11	14	30	non	non
1338	11	14	40	non	non
1337	11	14	50	non	non
1347	11	15	10-20	oui	non
1346	11	15	30	oui	non
1345	11	15	40	oui	non
1344	11	15	50	oui	non
1343	11	15	60	oui	non
1342	11	15	70-80	oui	non
1341	11	15	90-100	oui	non
1354	11	17	10-20	non	non
1353	11	17	30	non	non
1352	11	17	40	non	non
1351	11	17	50	non	non
1350	11	17	60	non	non
1349	11	17	70-80	non	non
1348	11	17	90-100	non	non
1361	11	18	10-20	non	non

Retour sommaire

1360	11	18	30	non	non
1359	11	18	40	non	non
1358	11	18	50	non	non
1357	11	18	60	non	non
1356	11	18	70-80	non	non
1355	11	18	90-100	non	non
1368	11	19	10-20	non	non
1367	11	19	30	non	non
1366	11	19	40	non	non
1365	11	19	50	non	non
1364	11	19	60	non	non
1363	11	19	70-80	non	non
1362	11	19	90-100	non	non
1375	11	20	10-20	non	non
1374	11	20	30	non	non
1373	11	20	40	non	non
1372	11	20	50	non	non
1371	11	20	60	non	non
1370	11	20	70-80	non	non
1369	11	20	90-100	non	non
1382	11	21	10-20	non	non
1381	11	21	30	non	non
1380	11	21	40	non	non
1379	11	21	50	non	non
1378	11	21	60	non	non
1377	11	21	70-80	non	non
1376	11	21	90-100	non	non
1389	11	24	10-20	non	non
1388	11	24	30	non	non
1387	11	24	40	non	non
1386	11	24	50	non	non
1385	11	24	60	non	non
1384	11	24	70-80	non	non
1383	11	24	90-100	non	non
1396	11	25	10-20	oui	non
1395	11	25	30	oui	non
1394	11	25	40	oui	non
1393	11	25	50	oui	non
1392	11	25	60	oui	non
1391	11	25	70-80	oui	non
1390	11	25	90-100	oui	non
2054	12	00	10-20	non	oui
2053	12	00	30	non	oui
2052	12	00	40	non	oui
2051	12	00	50	non	oui
2050	12	00	60	non	oui
2049	12	00	70-80	non	oui
2048	12	00	90-100	non	oui
1403	12	01	10-20	non	non
1402	12	01	30	non	non
1401	12	01	40	non	non
1400	12	01	50	non	non

Retour sommaire

1399	12	01	60	non	non
1398	12	01	70-80	non	non
1397	12	01	90-100	non	non
2059	12	02	40	non	non
2058	12	02	50	non	non
2057	12	02	60	non	non
2056	12	02	70-80	non	non
2055	12	02	90-100	non	non
1408	12	03	40	non	non
1407	12	03	50	non	non
1406	12	03	60	non	non
1405	12	03	70-80	non	non
1404	12	03	90-100	non	non
2066	12	04	10-20	non	non
2065	12	04	30	non	non
2064	12	04	40	non	non
2063	12	04	50	non	non
2062	12	04	60	non	non
2061	12	04	70-80	non	non
2060	12	04	90-100	non	non
2068	12	05	10-20	non	non
2067	12	05	30	non	non
1413	12	05	40	non	non
1412	12	05	50	non	non
1411	12	05	60	non	non
1410	12	05	70-80	non	non
1409	12	05	90-100	non	non
2070	12	06	10-20	non	non
2069	12	06	30	non	non
1418	12	06	40	non	non
1417	12	06	50	non	non
1416	12	06	60	non	non
1415	12	06	70-80	non	non
1414	12	06	90-100	non	non
2072	12	07	10-20	non	non
2071	12	07	30	non	non
1423	12	07	40	non	non
1422	12	07	50	non	non
1421	12	07	60	non	non
1420	12	07	70-80	non	non
1419	12	07	90-100	non	non
2073	12	08	10-20	non	non
1429	12	08	30	non	non
1428	12	08	40	non	non
1427	12	08	50	non	non
1426	12	08	60	non	non
1425	12	08	70-80	non	non
1424	12	08	90-100	non	non
1436	12	09	10-20	non	non
1435	12	09	30	non	non
1434	12	09	40	non	non
1433	12	09	50	non	non

Retour sommaire

1432	12	09	60	non	non
1431	12	09	70-80	non	non
1430	12	09	90-100	non	non
1443	12	10	10-20	non	non
1442	12	10	30	non	non
1441	12	10	40	non	non
1440	12	10	50	non	non
1439	12	10	60	non	non
1438	12	10	70-80	non	non
1437	12	10	90-100	non	non
2077	12	11	10-20	non	non
2076	12	11	30	non	non
2075	12	11	40	non	non
2074	12	11	50	non	non
1446	12	11	60	non	non
1445	12	11	70-80	non	non
1444	12	11	90-100	non	non
2084	12	12	10-20	non	oui
2083	12	12	30	non	oui
2082	12	12	40	non	oui
2081	12	12	50	non	oui
2080	12	12	60	non	oui
2079	12	12	70-80	non	oui
2078	12	12	90-100	non	oui
1451	12	13	40	non	non
1450	12	13	50	non	non
1449	12	13	60	non	non
1448	12	13	70-80	non	non
1447	12	13	90-100	non	non
2086	12	14	10-20	non	non
2085	12	14	30	non	non
1453	12	14	40	non	non
1452	12	14	50	non	non
1458	12	15	40	oui	non
1457	12	15	50	oui	non
1456	12	15	60	oui	non
1455	12	15	70-80	oui	non
1454	12	15	90-100	oui	non
1463	12	17	40	non	non
1462	12	17	50	non	non
1461	12	17	60	non	non
1460	12	17	70-80	non	non
1459	12	17	90-100	non	non
1467	12	18	50	non	non
1466	12	18	60	non	non
1465	12	18	70-80	non	non
1464	12	18	90-100	non	non
1472	12	19	40	non	non
1471	12	19	50	non	non
1470	12	19	60	non	non
1469	12	19	70-80	non	non
1468	12	19	90-100	non	non

Retour sommaire

1475	12	21	60	non	non
1474	12	21	70-80	non	non
1473	12	21	90-100	non	non
1480	12	24	40	non	non
1479	12	24	50	non	non
1478	12	24	60	non	non
1477	12	24	70-80	non	non
1476	12	24	90-100	non	non
1485	12	25	40	oui	non
1484	12	25	50	oui	non
1483	12	25	60	oui	non
1482	12	25	70-80	oui	non
1481	12	25	90-100	oui	non
1490	13	00	40	non	non
1489	13	00	50	non	non
1488	13	00	60	non	non
1487	13	00	70-80	non	non
1486	13	00	90-100	non	non
2093	13	01	10-20	non	non
2092	13	01	30	non	non
2091	13	01	40	non	non
2090	13	01	50	non	non
2089	13	01	60	non	non
2088	13	01	70-80	non	non
2087	13	01	90-100	non	non
2098	13	02	40	non	non
2097	13	02	50	non	non
2096	13	02	60	non	non
2095	13	02	70-80	non	non
2094	13	02	90-100	non	non
1495	13	03	40	non	non
1494	13	03	50	non	non
1493	13	03	60	non	non
1492	13	03	70-80	non	non
1491	13	03	90-100	non	non
2105	13	04	10-20	non	non
2104	13	04	30	non	non
2103	13	04	40	non	non
2102	13	04	50	non	non
2101	13	04	60	non	non
2100	13	04	70-80	non	non
2099	13	04	90-100	non	non
2107	13	06	10-20	non	non
2106	13	06	30	non	non
1500	13	06	40	non	non
1499	13	06	50	non	non
1498	13	06	60	non	non
1497	13	06	70-80	non	non
1496	13	06	90-100	non	non
2109	13	07	10-20	non	non
2108	13	07	30	non	non
1505	13	07	40	non	non

Retour sommaire

1504	13	07	50	non	non
1503	13	07	60	non	non
1502	13	07	70-80	non	non
1501	13	07	90-100	non	non
2111	13	08	10-20	non	non
2110	13	08	30	non	non
1510	13	08	40	non	non
1509	13	08	50	non	non
1508	13	08	60	non	non
1507	13	08	70-80	non	non
1506	13	08	90-100	non	non
1517	13	09	10-20	non	non
1516	13	09	30	non	non
1515	13	09	40	non	non
1514	13	09	50	non	non
1513	13	09	60	non	non
1512	13	09	70-80	non	non
1511	13	09	90-100	non	non
1524	13	10	10-20	non	non
1523	13	10	30	non	non
1522	13	10	40	non	non
1521	13	10	50	non	non
1520	13	10	60	non	non
1519	13	10	70-80	non	non
1518	13	10	90-100	non	non
2113	13	11	10-20	non	non
2112	13	11	30	non	non
1529	13	11	40	non	non
1528	13	11	50	non	non
1527	13	11	60	non	non
1526	13	11	70-80	non	non
1525	13	11	90-100	non	non
1534	13	12	40	non	non
1533	13	12	50	non	non
1532	13	12	60	non	non
1531	13	12	70-80	non	non
1530	13	12	90-100	non	non
2574	13	14	10-20	non	non
2575	13	14	30	non	non
1536	13	14	40	non	non
1535	13	14	50	non	non
1541	13	15	40	oui	non
1540	13	15	50	oui	non
1539	13	15	60	oui	non
1538	13	15	70-80	oui	non
1537	13	15	90-100	oui	non
1546	13	17	40	non	non
1545	13	17	50	non	non
1544	13	17	60	non	non
1543	13	17	70-80	non	non
1542	13	17	90-100	non	non
1551	13	18	40	non	non

Retour sommaire

1550	13	18	50	non	non
1549	13	18	60	non	non
1548	13	18	70-80	non	non
1547	13	18	90-100	non	non
2120	13	19	10-20	non	non
2119	13	19	30	non	non
2118	13	19	40	non	non
2117	13	19	50	non	non
2116	13	19	60	non	non
2115	13	19	70-80	non	non
2114	13	19	90-100	non	non
1561	13	25	40	non	non
1560	13	25	50	non	non
1559	13	25	60	non	non
1558	13	25	70-80	non	non
1557	13	25	90-100	non	non
2124	14	00	10-20	non	oui
2123	14	00	30	non	oui
2122	14	00	40	non	oui
2121	14	00	50	non	oui
2128	14	01	10-20	non	non
2127	14	01	30	non	non
2126	14	01	40	non	non
2125	14	01	50	non	non
2132	14	02	10-20	non	non
2131	14	02	30	non	non
2130	14	02	40	non	non
2129	14	02	50	non	non
2134	14	03	10-20	non	non
2133	14	03	30	non	non
1563	14	03	40	non	non
1562	14	03	50	non	non
2136	14	05	10-20	non	non
2135	14	05	30	non	non
1565	14	05	40	non	non
1564	14	05	50	non	non
2138	14	06	10-20	non	non
2137	14	06	30	non	non
1567	14	06	40	non	non
1566	14	06	50	non	non
2140	14	07	10-20	non	non
2139	14	07	30	non	non
1569	14	07	40	non	non
1568	14	07	50	non	non
2142	14	08	10-20	non	non
2141	14	08	30	non	non
1571	14	08	40	non	non
1570	14	08	50	non	non
2144	14	09	10-20	non	non
2143	14	09	30	non	non
1573	14	09	40	non	non
1572	14	09	50	non	non

Retour sommaire

2146	14	10	10-20	non	non
2145	14	10	30	non	non
1575	14	10	40	non	non
1574	14	10	50	non	non
2148	14	11	10-20	non	non
2147	14	11	30	non	non
1577	14	11	40	non	non
1576	14	11	50	non	non
2150	14	12	10-20	non	non
2149	14	12	30	non	non
1579	14	12	40	non	non
1578	14	12	50	non	non
2152	14	13	10-20	non	non
2151	14	13	30	non	non
1581	14	13	40	non	non
1580	14	13	50	non	non
2156	14	14	10-20	non	oui
2155	14	14	30	non	oui
2154	14	14	40	non	oui
2153	14	14	50	non	oui
2158	14	15	10-20	non	non
2157	14	15	30	non	non
1583	14	15	40	oui	non
1582	14	15	50	oui	non
2160	14	17	10-20	non	non
2159	14	17	30	non	non
1585	14	17	40	non	non
1584	14	17	50	non	non
2162	14	18	10-20	non	non
2161	14	18	30	non	non
1587	14	18	40	non	non
1586	14	18	50	non	non
2164	14	19	10-20	non	non
2163	14	19	30	non	non
1589	14	19	40	non	non
1588	14	19	50	non	non
2166	14	21	10-20	non	non
2165	14	21	30	non	non
1591	14	21	40	non	non
1590	14	21	50	non	non
2168	14	24	10-20	non	non
2167	14	24	30	non	non
1593	14	24	40	non	non
1592	14	24	50	non	non
2170	14	25	10-20	non	non
2169	14	25	30	non	non
1595	14	25	40	oui	non
1594	14	25	50	oui	non
1600	15	00	40	non	non
1599	15	00	50	non	non
1598	15	00	60	non	non
1597	15	00	70-80	non	non

Retour sommaire

1596	15	00	90-100	non	non
2177	15	01	10-20	oui	non
2176	15	01	30	oui	non
2175	15	01	40	oui	non
2174	15	01	50	oui	non
2173	15	01	60	oui	non
2172	15	01	70-80	oui	non
2171	15	01	90-100	oui	non
2182	15	02	40	oui	non
2181	15	02	50	oui	non
2180	15	02	60	oui	non
2179	15	02	70-80	oui	non
2178	15	02	90-100	oui	non
2186	15	03	50	oui	non
2185	15	03	60	oui	non
2184	15	03	70-80	oui	non
2183	15	03	90-100	oui	non
2193	15	05	10-20	oui	non
2192	15	05	30	oui	non
2191	15	05	40	oui	non
2190	15	05	50	oui	non
2189	15	05	60	oui	non
2188	15	05	70-80	oui	non
2187	15	05	90-100	oui	non
2200	15	06	10-20	oui	non
2199	15	06	30	oui	non
2198	15	06	40	oui	non
2197	15	06	50	oui	non
2196	15	06	60	oui	non
2195	15	06	70-80	oui	non
2194	15	06	90-100	oui	non
2202	15	07	10-20	oui	non
2201	15	07	30	oui	non
1605	15	07	40	oui	non
1604	15	07	50	oui	non
1603	15	07	60	oui	non
1602	15	07	70-80	oui	non
1601	15	07	90-100	oui	non
2209	15	08	10-20	oui	non
2208	15	08	30	oui	non
2207	15	08	40	oui	non
2206	15	08	50	oui	non
2205	15	08	60	oui	non
2204	15	08	70-80	oui	non
2203	15	08	90-100	oui	non
2216	15	09	10-20	oui	non
2215	15	09	30	oui	non
2214	15	09	40	oui	non
2213	15	09	50	oui	non
2212	15	09	60	oui	non
2211	15	09	70-80	oui	non
2210	15	09	90-100	oui	non

Retour sommaire

2223	15	10	10-20	oui	non
2222	15	10	30	oui	non
2221	15	10	40	oui	non
2220	15	10	50	oui	non
2219	15	10	60	oui	non
2218	15	10	70-80	oui	non
2217	15	10	90-100	oui	non
2230	15	11	10-20	oui	non
2229	15	11	30	oui	non
2228	15	11	40	oui	non
2227	15	11	50	oui	non
2226	15	11	60	oui	non
2225	15	11	70-80	oui	non
2224	15	11	90-100	oui	non
2235	15	12	40	oui	non
2234	15	12	50	oui	non
2233	15	12	60	oui	non
2232	15	12	70-80	oui	non
2231	15	12	90-100	oui	non
2240	15	13	40	oui	non
2239	15	13	50	oui	non
2238	15	13	60	oui	non
2237	15	13	70-80	oui	non
2236	15	13	90-100	oui	non
2576	15	14	10-20	oui	non
2577	15	14	30	oui	non
2242	15	14	40	oui	non
2241	15	14	50	oui	non
2247	15	17	40	oui	non
2246	15	17	50	oui	non
2245	15	17	60	oui	non
2244	15	17	70-80	oui	non
2243	15	17	90-100	oui	non
2252	15	18	40	oui	non
2251	15	18	50	oui	non
2250	15	18	60	oui	non
2249	15	18	70-80	oui	non
2248	15	18	90-100	oui	non
2257	15	19	40	oui	non
2256	15	19	50	oui	non
2255	15	19	60	oui	non
2254	15	19	70-80	oui	non
2253	15	19	90-100	oui	non
2262	15	20	40	oui	non
2261	15	20	50	oui	non
2260	15	20	60	oui	non
2259	15	20	70-80	oui	non
2258	15	20	90-100	oui	non
2267	15	21	40	oui	non
2266	15	21	50	oui	non
2265	15	21	60	oui	non
2264	15	21	70-80	oui	non

Retour sommaire

2263	15	21	90-100	oui	non
2273	15	24	40	oui	non
2272	15	24	50	oui	non
2271	15	24	60	oui	non
2270	15	24	70-80	oui	non
2269	15	24	90-100	oui	non
1610	15	25	40	non	non
1609	15	25	50	non	non
1608	15	25	60	non	non
1607	15	25	70-80	non	non
1606	15	25	90-100	non	non
2280	17	00	10-20	non	oui
2279	17	00	30	non	oui
2278	17	00	40	non	oui
2277	17	00	50	non	oui
2276	17	00	60	non	oui
2275	17	00	70-80	non	oui
2274	17	00	90-100	non	oui
2287	17	01	10-20	non	non
2286	17	01	30	non	non
2285	17	01	40	non	non
2284	17	01	50	non	non
2283	17	01	60	non	non
2282	17	01	70-80	non	non
2281	17	01	90-100	non	non
2294	17	02	10-20	non	non
2293	17	02	30	non	non
2292	17	02	40	non	non
2291	17	02	50	non	non
2290	17	02	60	non	non
2289	17	02	70-80	non	non
2288	17	02	90-100	non	non
1615	17	03	40	non	non
1614	17	03	50	non	non
1613	17	03	60	non	non
1612	17	03	70-80	non	non
1611	17	03	90-100	non	non
2301	17	05	10-20	non	non
2300	17	05	30	non	non
2299	17	05	40	non	non
2298	17	05	50	non	non
2297	17	05	60	non	non
2296	17	05	70-80	non	non
2295	17	05	90-100	non	non
2303	17	06	10-20	non	non
2302	17	06	30	non	non
1620	17	06	40	non	non
1619	17	06	50	non	non
1618	17	06	60	non	non
1617	17	06	70-80	non	non
1616	17	06	90-100	non	non
2305	17	07	10-20	non	non

Retour sommaire

2304	17	07	30	non	non
1625	17	07	40	non	non
1624	17	07	50	non	non
1623	17	07	60	non	non
1622	17	07	70-80	non	non
1621	17	07	90-100	non	non
2307	17	08	10-20	non	non
2306	17	08	30	non	non
1630	17	08	40	non	non
1629	17	08	50	non	non
1628	17	08	60	non	non
1627	17	08	70-80	non	non
1626	17	08	90-100	non	non
1637	17	09	10-20	non	non
1636	17	09	30	non	non
1635	17	09	40	non	non
1634	17	09	50	non	non
1633	17	09	60	non	non
1632	17	09	70-80	non	non
1631	17	09	90-100	non	non
1644	17	10	10-20	non	non
1643	17	10	30	non	non
1642	17	10	40	non	non
1641	17	10	50	non	non
1640	17	10	60	non	non
1639	17	10	70-80	non	non
1638	17	10	90-100	non	non
2309	17	11	10-20	non	non
2308	17	11	30	non	non
1649	17	11	40	non	non
1648	17	11	50	non	non
1647	17	11	60	non	non
1646	17	11	70-80	non	non
1645	17	11	90-100	non	non
1654	17	12	40	non	non
1653	17	12	50	non	non
1652	17	12	60	non	non
1651	17	12	70-80	non	non
1650	17	12	90-100	non	non
1659	17	13	40	non	non
1658	17	13	50	non	non
1657	17	13	60	non	non
1656	17	13	70-80	non	non
1655	17	13	90-100	non	non
1663	17	14	10-20	non	non
1662	17	14	30	non	non
1661	17	14	40	non	non
1660	17	14	50	non	non
1668	17	15	40	oui	non
1667	17	15	50	oui	non
1666	17	15	60	oui	non
1665	17	15	70-80	oui	non

Retour sommaire

1664	17	15	90-100	oui	non
2316	17	17	10-20	non	oui
2315	17	17	30	non	oui
2314	17	17	40	non	oui
2313	17	17	50	non	oui
2312	17	17	60	non	oui
2311	17	17	70-80	non	oui
2310	17	17	90-100	non	oui
1672	17	18	50	non	non
1671	17	18	60	non	non
1670	17	18	70-80	non	non
1669	17	18	90-100	non	non
1675	17	24	60	non	non
1674	17	24	70-80	non	non
1673	17	24	90-100	non	non
1678	17	25	60	non	non
1677	17	25	70-80	non	non
1676	17	25	90-100	non	non
1682	18	00	50	non	non
1681	18	00	60	non	non
1680	18	00	70-80	non	non
1679	18	00	90-100	non	non
2323	18	01	10-20	non	non
2322	18	01	30	non	non
2321	18	01	40	non	non
2320	18	01	50	non	non
2319	18	01	60	non	non
2318	18	01	70-80	non	non
2317	18	01	90-100	non	non
2330	18	02	10-20	non	non
2329	18	02	30	non	non
2328	18	02	40	non	non
2327	18	02	50	non	non
2326	18	02	60	non	non
2325	18	02	70-80	non	non
2324	18	02	90-100	non	non
1687	18	03	40	non	non
1686	18	03	50	non	non
1685	18	03	60	non	non
1684	18	03	70-80	non	non
1683	18	03	90-100	non	non
2337	18	04	10-20	non	non
2336	18	04	30	non	non
2335	18	04	40	non	non
2334	18	04	50	non	non
2333	18	04	60	non	non
2332	18	04	70-80	non	non
2331	18	04	90-100	non	non
2344	18	05	10-20	non	non
2343	18	05	30	non	non
2342	18	05	40	non	non
2341	18	05	50	non	non

Retour sommaire

2340	18	05	60	non	non
2339	18	05	70-80	non	non
2338	18	05	90-100	non	non
2346	18	06	10-20	non	non
2345	18	06	30	non	non
1692	18	06	40	non	non
1691	18	06	50	non	non
1690	18	06	60	non	non
1689	18	06	70-80	non	non
1688	18	06	90-100	non	non
2348	18	07	10-20	non	non
2347	18	07	30	non	non
1697	18	07	40	non	non
1696	18	07	50	non	non
1695	18	07	60	non	non
1694	18	07	70-80	non	non
1693	18	07	90-100	non	non
2350	18	08	10-20	non	non
2349	18	08	30	non	non
1702	18	08	40	non	non
1701	18	08	50	non	non
1700	18	08	60	non	non
1699	18	08	70-80	non	non
1698	18	08	90-100	non	non
1709	18	09	10-20	non	non
1708	18	09	30	non	non
1707	18	09	40	non	non
1706	18	09	50	non	non
1705	18	09	60	non	non
1704	18	09	70-80	non	non
1703	18	09	90-100	non	non
1716	18	10	10-20	non	non
1715	18	10	30	non	non
1714	18	10	40	non	non
1713	18	10	50	non	non
1712	18	10	60	non	non
1711	18	10	70-80	non	non
1710	18	10	90-100	non	non
2353	18	11	10-20	non	non
2352	18	11	30	non	non
2351	18	11	40	non	non
1720	18	11	50	non	non
1719	18	11	60	non	non
1718	18	11	70-80	non	non
1717	18	11	90-100	non	non
1724	18	12	50	non	non
1723	18	12	60	non	non
1722	18	12	70-80	non	non
1721	18	12	90-100	non	non
1729	18	13	40	non	non
1728	18	13	50	non	non
1727	18	13	60	non	non

Retour sommaire

1726	18	13	70-80	non	non
1725	18	13	90-100	non	non
1733	18	14	10-20	non	non
1732	18	14	30	non	non
1731	18	14	40	non	non
1730	18	14	50	non	non
1738	18	15	40	oui	non
1737	18	15	50	oui	non
1736	18	15	60	oui	non
1735	18	15	70-80	oui	non
1734	18	15	90-100	oui	non
1742	18	17	50	non	non
1741	18	17	60	non	non
1740	18	17	70-80	non	non
1739	18	17	90-100	non	non
1746	18	24	50	non	non
1745	18	24	60	non	non
1744	18	24	70-80	non	non
1743	18	24	90-100	non	non
1750	18	25	50	non	non
1749	18	25	60	non	non
1748	18	25	70-80	non	non
1747	18	25	90-100	non	non
1753	19	00	60	non	non
1752	19	00	70-80	non	non
1751	19	00	90-100	non	non
2358	19	01	40	non	non
2357	19	01	50	non	non
2356	19	01	60	non	non
2355	19	01	70-80	non	non
2354	19	01	90-100	non	non
2363	19	02	40	non	non
2362	19	02	50	non	non
2361	19	02	60	non	non
2360	19	02	70-80	non	non
2359	19	02	90-100	non	non
1757	19	03	50	non	non
1756	19	03	60	non	non
1755	19	03	70-80	non	non
1754	19	03	90-100	non	non
2370	19	05	10-20	non	non
2369	19	05	30	non	non
2368	19	05	40	non	non
2367	19	05	50	non	non
2366	19	05	60	non	non
2365	19	05	70-80	non	non
2364	19	05	90-100	non	non
2377	19	06	10-20	non	non
2376	19	06	30	non	non
2375	19	06	40	non	non
2374	19	06	50	non	non
2373	19	06	60	non	non

Retour sommaire

2372	19	06	70-80	non	non
2371	19	06	90-100	non	non
2380	19	07	10-20	non	non
2379	19	07	30	non	non
2378	19	07	40	non	non
1761	19	07	50	non	non
1760	19	07	60	non	non
1759	19	07	70-80	non	non
1758	19	07	90-100	non	non
2382	19	08	10-20	non	non
2381	19	08	30	non	non
1766	19	08	40	non	non
1765	19	08	50	non	non
1764	19	08	60	non	non
1763	19	08	70-80	non	non
1762	19	08	90-100	non	non
2389	19	09	10-20	non	non
2388	19	09	30	non	non
2387	19	09	40	non	non
2386	19	09	50	non	non
2385	19	09	60	non	non
2384	19	09	70-80	non	non
2383	19	09	90-100	non	non
2396	19	10	10-20	non	non
2395	19	10	30	non	non
2394	19	10	40	non	non
2393	19	10	50	non	non
2392	19	10	60	non	non
2391	19	10	70-80	non	non
2390	19	10	90-100	non	non
2403	19	11	10-20	non	non
2402	19	11	30	non	non
2401	19	11	40	non	non
2400	19	11	50	non	non
2399	19	11	60	non	non
2398	19	11	70-80	non	non
2397	19	11	90-100	non	non
2408	19	12	40	non	non
2407	19	12	50	non	non
2406	19	12	60	non	non
2405	19	12	70-80	non	non
2404	19	12	90-100	non	non
2415	19	13	10-20	non	non
2414	19	13	30	non	non
2413	19	13	40	non	non
2412	19	13	50	non	non
2411	19	13	60	non	non
2410	19	13	70-80	non	non
2409	19	13	90-100	non	non
2578	19	14	10-20	non	non
2579	19	14	30	non	non
2417	19	14	40	non	non

Retour sommaire

2416	19	14	50	non	non
1771	19	15	40	oui	non
1770	19	15	50	oui	non
1769	19	15	60	oui	non
1768	19	15	70-80	oui	non
1767	19	15	90-100	oui	non
2424	19	24	10-20	non	non
2423	19	24	30	non	non
2422	19	24	40	non	non
2421	19	24	50	non	non
2420	19	24	60	non	non
2419	19	24	70-80	non	non
2418	19	24	90-100	non	non
1774	19	25	60	non	non
1773	19	25	70-80	non	non
1772	19	25	90-100	non	non
1776	20	00	70-80	non	non
1775	20	00	90-100	non	non
2429	20	01	40	non	non
2428	20	01	50	non	non
2427	20	01	60	non	non
2426	20	01	70-80	non	non
2425	20	01	90-100	non	non
2433	20	02	50	non	non
2432	20	02	60	non	non
2431	20	02	70-80	non	non
2430	20	02	90-100	non	non
1780	20	03	50	non	non
1779	20	03	60	non	non
1778	20	03	70-80	non	non
1777	20	03	90-100	non	non
2440	20	05	10-20	non	non
2439	20	05	30	non	non
2438	20	05	40	non	non
2437	20	05	50	non	non
2436	20	05	60	non	non
2435	20	05	70-80	non	non
2434	20	05	90-100	non	non
2447	20	06	10-20	non	non
2446	20	06	30	non	non
2445	20	06	40	non	non
2444	20	06	50	non	non
2443	20	06	60	non	non
2442	20	06	70-80	non	non
2441	20	06	90-100	non	non
2452	20	07	10-20	non	non
2451	20	07	30	non	non
2450	20	07	40	non	non
2449	20	07	50	non	non
2448	20	07	60	non	non
1782	20	07	70-80	non	non
1781	20	07	90-100	non	non

Retour sommaire

2454	20	08	10-20	non	non
2453	20	08	30	non	non
1787	20	08	40	non	non
1786	20	08	50	non	non
1785	20	08	60	non	non
1784	20	08	70-80	non	non
1783	20	08	90-100	non	non
2461	20	09	10-20	non	non
2460	20	09	30	non	non
2459	20	09	40	non	non
2458	20	09	50	non	non
2457	20	09	60	non	non
2456	20	09	70-80	non	non
2455	20	09	90-100	non	non
2468	20	10	10-20	non	non
2467	20	10	30	non	non
2466	20	10	40	non	non
2465	20	10	50	non	non
2464	20	10	60	non	non
2463	20	10	70-80	non	non
2462	20	10	90-100	non	non
2475	20	11	10-20	non	non
2474	20	11	30	non	non
2473	20	11	40	non	non
2472	20	11	50	non	non
2471	20	11	60	non	non
2470	20	11	70-80	non	non
2469	20	11	90-100	non	non
1792	20	15	40	oui	non
1791	20	15	50	oui	non
1790	20	15	60	oui	non
1789	20	15	70-80	oui	non
1788	20	15	90-100	oui	non
1795	20	25	60	non	non
1794	20	25	70-80	non	non
1793	20	25	90-100	non	non
1798	21	00	60	non	non
1797	21	00	70-80	non	non
1796	21	00	90-100	non	non
2480	21	01	40	non	non
2479	21	01	50	non	non
2478	21	01	60	non	non
2477	21	01	70-80	non	non
2476	21	01	90-100	non	non
2484	21	02	50	non	non
2483	21	02	60	non	non
2482	21	02	70-80	non	non
2481	21	02	90-100	non	non
1802	21	03	50	non	non
1801	21	03	60	non	non
1800	21	03	70-80	non	non
1799	21	03	90-100	non	non

Retour sommaire

2491	21	05	10-20	non	non
2490	21	05	30	non	non
2489	21	05	40	non	non
2488	21	05	50	non	non
2487	21	05	60	non	non
2486	21	05	70-80	non	non
2485	21	05	90-100	non	non
2498	21	06	10-20	non	non
2497	21	06	30	non	non
2496	21	06	40	non	non
2495	21	06	50	non	non
2494	21	06	60	non	non
2493	21	06	70-80	non	non
2492	21	06	90-100	non	non
2501	21	07	10-20	non	non
2500	21	07	30	non	non
2499	21	07	40	non	non
1806	21	07	50	non	non
1805	21	07	60	non	non
1804	21	07	70-80	non	non
1803	21	07	90-100	non	non
2503	21	08	10-20	non	non
2502	21	08	30	non	non
1811	21	08	40	non	non
1810	21	08	50	non	non
1809	21	08	60	non	non
1808	21	08	70-80	non	non
1807	21	08	90-100	non	non
2510	21	09	10-20	non	non
2509	21	09	30	non	non
2508	21	09	40	non	non
2507	21	09	50	non	non
2506	21	09	60	non	non
2505	21	09	70-80	non	non
2504	21	09	90-100	non	non
2517	21	10	10-20	non	non
2516	21	10	30	non	non
2515	21	10	40	non	non
2514	21	10	50	non	non
2513	21	10	60	non	non
2512	21	10	70-80	non	non
2511	21	10	90-100	non	non
2524	21	11	10-20	non	non
2523	21	11	30	non	non
2522	21	11	40	non	non
2521	21	11	50	non	non
2520	21	11	60	non	non
2519	21	11	70-80	non	non
2518	21	11	90-100	non	non
2527	21	12	60	non	non
2526	21	12	70-80	non	non
2525	21	12	90-100	non	non

Retour sommaire

2580	21	14	10-20	non	non
2581	21	14	30	non	non
2529	21	14	40	non	non
2528	21	14	50	non	non
1816	21	15	40	oui	non
1815	21	15	50	oui	non
1814	21	15	60	oui	non
1813	21	15	70-80	oui	non
1812	21	15	90-100	oui	non
1819	21	25	60	non	non
1818	21	25	70-80	non	non
1817	21	25	90-100	non	non
2530	22	00	100	non	non
2531	22	15	100	non	non
2532	22	25	100	non	non
1827	24	00	40	non	non
1826	24	00	50	non	non
1825	24	00	60	non	non
1824	24	00	70-80	non	non
1823	24	00	90-100	non	non
2539	24	01	10-20	non	non
2538	24	01	30	non	non
2537	24	01	40	non	non
2536	24	01	50	non	non
2535	24	01	60	non	non
2534	24	01	70-80	non	non
2533	24	01	90-100	non	non
2544	24	02	40	non	non
2543	24	02	50	non	non
2542	24	02	60	non	non
2541	24	02	70-80	non	non
2540	24	02	90-100	non	non
2549	24	03	40	oui	non
2548	24	03	50	oui	non
2547	24	03	60	oui	non
2546	24	03	70-80	oui	non
2545	24	03	90-100	oui	non
2556	24	04	10-20	non	non
2555	24	04	30	non	non
2554	24	04	40	non	non
2553	24	04	50	non	non
2552	24	04	60	non	non
2551	24	04	70-80	non	non
2550	24	04	90-100	non	non
2558	24	06	10-20	non	non
2557	24	06	30	non	non
1837	24	06	40	non	non
1836	24	06	50	non	non
1835	24	06	60	non	non
1834	24	06	70-80	non	non
1833	24	06	90-100	non	non
2560	24	07	10-20	non	non

Retour sommaire

2559	24	07	30	non	non
1842	24	07	40	non	non
1841	24	07	50	non	non
1840	24	07	60	non	non
1839	24	07	70-80	non	non
1838	24	07	90-100	non	non
2562	24	08	10-20	non	non
2561	24	08	30	non	non
1847	24	08	40	non	non
1846	24	08	50	non	non
1845	24	08	60	non	non
1844	24	08	70-80	non	non
1843	24	08	90-100	non	non
1854	24	09	10-20	non	non
1853	24	09	30	non	non
1852	24	09	40	non	non
1851	24	09	50	non	non
1850	24	09	60	non	non
1849	24	09	70-80	non	non
1848	24	09	90-100	non	non
1861	24	10	10-20	non	non
1860	24	10	30	non	non
1859	24	10	40	non	non
1858	24	10	50	non	non
1857	24	10	60	non	non
1856	24	10	70-80	non	non
1855	24	10	90-100	non	non
2564	24	11	10-20	non	non
2563	24	11	30	non	non
1866	24	11	40	non	non
1865	24	11	50	non	non
1864	24	11	60	non	non
1863	24	11	70-80	non	non
1862	24	11	90-100	non	non
1871	24	12	40	non	non
1870	24	12	50	non	non
1869	24	12	60	non	non
1868	24	12	70-80	non	non
1867	24	12	90-100	non	non
2582	24	14	10-20	non	non
2583	24	14	30	non	non
1878	24	14	40	non	non
1877	24	14	50	non	non
1883	24	15	40	oui	non
1882	24	15	50	oui	non
1881	24	15	60	oui	non
1880	24	15	70-80	oui	non
1879	24	15	90-100	oui	non
1886	24	17	60	non	non
1885	24	17	70-80	non	non
1884	24	17	90-100	non	non
1890	24	18	50	non	non

Retour sommaire

1889	24	18	60	non	non
1888	24	18	70-80	non	non
1887	24	18	90-100	non	non
2571	24	19	10-20	non	non
2570	24	19	30	non	non
2569	24	19	40	non	non
2568	24	19	50	non	non
2567	24	19	60	non	non
2566	24	19	70-80	non	non
2565	24	19	90-100	non	non
1895	24	25	40	non	non
1894	24	25	50	non	non
1893	24	25	60	non	non
1892	24	25	70-80	non	non
1891	24	25	90-100	non	non

Retour sommaire

Appendice D – Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge

Durée de la séquence	Tranche	Pondération
du 1er au 4e jour	1	1
du 5e au 9e jour	2	0,7613
du 10e au 30e jour	3	0,6765
au-delà du 30e jour	4	0,6300

Retour sommaire

Appendice E – Échelle des groupes homogènes de tarifs (GHT)

La valeur de l'indice de pondération totale (IPT) détermine le groupe tarifaire (GHT). Le coefficient multiplicateur est la valeur moyenne centrale de l'intervalle des IPT.

Valeurs de l'indice de pondération totale (IPT) et groupe tarifaire correspondant	Coefficient multiplicateur
0,57 =< IPT < 0,77 : groupe tarifaire 1	0,67
0,77 =< IPT < 0,97 : groupe tarifaire 2	0,87
0,97 =< IPT < 1,17 : groupe tarifaire 3	1,07
1,17 =< IPT < 1,37 : groupe tarifaire 4	1,27
1,37 =< IPT < 1,57 : groupe tarifaire 5	1,47
1,57 =< IPT < 1,77 : groupe tarifaire 6	1,67
1,77 =< IPT< 1,97 : groupe tarifaire 7	1,87
1,97 =< IPT < 2,17 : groupe tarifaire 8	2,07
2,17 =< IPT < 2,37 : groupe tarifaire 9	2,27
2,37 =< IPT < 2,57 : groupe tarifaire 10	2,47
2,57 =< IPT < 2,77 : groupe tarifaire 11	2,67
2,77 =< IPT < 2,97 : groupe tarifaire 12	2,87
2,97 =< IPT < 3,17 : groupe tarifaire 13	3,07
3,17 =< IPT < 3,37 : groupe tarifaire 14	3,27
3,37 =< IPT < 3,57 : groupe tarifaire 15	3,47
3,57 =< IPT < 3,77 : groupe tarifaire 16	3,67
3,77 =< IPT < 3,97 : groupe tarifaire 17	3,87
3,97 =< IPT < 4,17 : groupe tarifaire 18	4,07
4,17 =< IPT < 4,37 : groupe tarifaire 19	4,27
4,37 =< IPT < 4,57 : groupe tarifaire 20	4,47
4,57 =< IPT < 4,77 : groupe tarifaire 21	4,67
4,77 =< IPT < 4,97 : groupe tarifaire 22	4,87
4,97 =< IPT < 5,17 : groupe tarifaire 23	5,07
5,17 =< IPT < 5,37 : groupe tarifaire 24	5,27
5,37 =< IPT < 5,57 : groupe tarifaire 25	5,47
5,57 =< IPT < 5,77 : groupe tarifaire 26	5,67
5,77 =< IPT < 5,97 : groupe tarifaire 27	5,87
5,97 =< IPT < 6,17 : groupe tarifaire 28	6,07
6,17 =< IPT < 6,37 : groupe tarifaire 29	6,27
6,37 =< IPT < 6,57 : groupe tarifaire 30	6,47
6,57 =< IPT < 6,77 : groupe tarifaire 31	6,67

Retour sommaire

Appendice F – Modes de prise en charge, tableaux croisés, exemples de codage des MP en pédiatrie, récapitulatif des intitulés et des positions d'enregistrement des modes de prise en charge

Selon l'état de santé de la personne, différents types de soins peuvent être délivrés en HAD. Ils nécessitent la mise en œuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge définis préalablement à l'admission et qui doivent être revus au cours du séjour en tant que de besoin.

Cet appendice décrit les modes de prise en charge en HAD (définition, contenu, modalités de codage et possibilités d'associations[1], autorisation en EHPAD[2], codage des diagnostics avec la CIM-10) (*cf.* F1 : Liste 1), les associations des MP et les plages d'IK prévues pour ces associations MPP x MPA (cf. F2 : Tableaux croisés) ; elle reprend aussi les principaux exemples de codage des MP en pédiatrie élaborés par le groupe de travail de pédiatrie en HAD en 2009-2010 (c*f*. F3) ; elle se termine par la liste 2 des modes de prise en charge à visée documentaire (*cf.* F4) et enfin par le tableau des intitulés et des positions d'enregistrement des MP (*cf.* F5).

Les abréviations utilisées dans cet appendice sont les suivantes : MP : mode de prise en charge ; MPA : mode de prise en charge associé ; MPD : mode de prise en charge à visée documentaire, MPP : mode de prise en charge principal.

00 *Pas de mode de prise en charge associé*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Pas de mode de prise en charge associé	00	La saisie du code « 00 » s'impose chaque fois qu'il n'existe pas de MPA. L'information « MPA » du RPSS doit en effet toujours être renseignée : elle ne doit pas être laissée vide.		Le code « 00 » ne peut être saisi qu'en position de MPA. Lorsqu'il est associé à un MPP qui ne peut pas être enregistré seul (qui doit coexister avec un autre MP), une confirmation de codage est nécessaire[3].

[1] Aucun des MP ne peut être associé au MP 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque* qui ne peut être utilisé qu'en MPP ; on se réfèrera utilement au tableau croisé des associations de MPP et de MPA qui suit cette liste.

[2] Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP (*cf*. appendice A, §4).

[3] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

F1) Liste 1 : modes de prise en charge (MP) susceptibles d'être enregistrés comme principal (MPP) ou associé (MPA)

MP n° 01 *Assistance respiratoire*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Assistance respiratoire	01	Ce MP concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite : il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage.	Le MP n° 01 *Assistance respiratoire* inclut la ventilation invasive et la ventilation non invasive. *Chez l'adulte*, le MP n° 01 *Assistance respiratoire* ne peut être codé comme mode principal que si l'assistance respiratoire est mécanisée. Des aspirations trachéales pluriquotidiennes et des aérosols pluriquotidiens ne peuvent à eux seuls justifier le codage de ce MP. *Chez l'enfant*, (*cf.* plus loin les exemples de codage en pédiatrie.), le MP n° 01 *Assistance respiratoire* peut être codé comme MPP dans les circonstances suivantes : ▪ prématuré trachéotomisé traité par ventilation non invasive nocturne ; ▪ prématuré bronchodysplasique oxygénodépendant ou non, bénéficiant d'aérosols pluriquotidiens (au moins 3/j.) et de kinésithérapie respiratoire quotidienne.	Le MP n° 01 *Assistance respiratoire* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si l'assistance respiratoire est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[4]. Lorsque l'assistance respiratoire consiste en une oxygénothérapie, elle ne peut être codée qu'en tant que MPA. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à l'assistance respiratoire codée en tant que MPP. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 01 est autorisé en EHPAD.	C'est l'affection ou les affections motivant les soins en HAD qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DCMPP/DP, DCMPA, DA). *À titre d'exemples* : ▪ Emphysème : J43.–[5] ▪ Bronchopneumopathie chronique obstructive : J44.9 ▪ Bronchite chronique : J42 ▪ Pneumoconioses : J60–J64 ▪ Paralysie du diaphragme : J98.60

[4] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

[5] J44.– utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 indiquant de se reporter à la catégorie J44 dans le volume 1, pour choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder.

Retour sommaire

MP n° 02 *Nutrition parentérale*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Nutrition parentérale	02	La nutrition parentérale à domicile (NPAD) consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant le statut de médicament[6] : mélanges nutritifs de type solutions binaires (lipides et protides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protides). Le rapport de la HAS précise les indications et les non-indications de la NPAD.	La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie d'abord, fourniture et maintenance des pompes, éducation du patient et de son entourage nécessitée par l'affection à l'origine de la nutrition parentérale).	Le MP n° 02 *Nutrition parentérale* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[7]. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve que celui-ci soit utilisé pour un problème de santé non lié à la nutrition parentérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 02 est autorisé en EHPAD.	La diversité des circonstances de codage du MP n° 02 *Nutrition parentérale* rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la nutrition parentérale en HAD.

[6] Nutrition parentérale à domicile : état des lieux et modalités de prise en charge. Haute Autorité de santé. Mai 2008.
[7] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

MP n° 03 *Traitement intraveineux*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Traitement intraveineux	03	Il s'agit de mettre en place une anti-biothérapie ou un traitement antiviral, ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. *Chez l'adulte*, elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour. *Chez l'enfant*, le MP n° 03 peut ne justifier qu'un passage infirmier quotidien, à condition qu'il soit le fait d'une infirmière puéricultrice ; dans ce cas, il doit toujours être complété par le MP documentaire n° 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quoti-dien*.	Ce MP exclut la chimiothérapie anticancéreuse et la nutrition parentérale (*cf.* les modes de prise en charge spécifiques). En aucun cas, l'injection isolée d'un médicament (par ex : Solumédrol®, métoclopramide, …) ne peut à elle seule justifier le codage du MP ° 03 *Traitement intraveineux*.	L'association avec le MP n° 04 *Soins palliatifs* est erronée. *Chez l'enfant*, le MP n° 07 *Prise en charge de la douleur* ne peut être associé au MP n° 03 *Traitement intraveineux* que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP n° 07 comme MPA. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve que celui-ci soit utilisé pour un problème de santé non lié au traitement intraveineux codé en tant que MPP. L'association avec le MP n° 24 *Surveillance d'aplasie* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au traitement intraveineux codé en tant que MPP. Le MPP 03 est autorisé en EHPAD. Le MPA 03 est autorisé en EHPAD.	La diversité des circonstances de codage du MP n° 03 *Traitement intraveineux* rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant le traitement intraveineux en HAD.

Retour sommaire

MP n° 04 *Soins palliatifs*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Soins palliatifs	04	Il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante, pour une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. On pourra se référer à l'annexe IV de la Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs : ce référentiel précise les spécificités des soins palliatifs qui sont un des domaines concernés par l'hospitalisation à domicile (HAD).	Cette prise en charge vise à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.	L'association avec le MP n° 03 *Traitement intraveineux* est erronée. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est erronée. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est erronée. L'association avec le MP n° 07 *Prise en charge de la douleur* n'est autorisée que si le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP[8] ». L'acte en rapport est codé dans le RPSS lorsqu'il figure dans la CCAM (*cf.* ci-dessous). Le MPP 04 est autorisé en EHPAD. Le MPA 04 est autorisé en EHPAD.	Le MPP 04 *Soins palliatifs* doit être accompagné du code de la CIM–10 de la maladie qui justifie les soins palliatifs. Le code CIM–10 Z51.5 *Soins palliatifs* est redondant avec le MP 04 *Soins palliatifs* : si un patient cancéreux en est au stade des soins palliatifs, le DCMPP/DP pourrait être par exemple le code : C79.5 *Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse* et le DA : C67.0 *Tumeur maligne du trigone de la vessie*.

NB : Lorsque l'acte est présent dans la *Classification commune des actes médicaux*, (CCAM) il doit être codé dans le RPSS, car il est un critère de lourdeur de la prise en charge de la douleur :

- AFLB017 *Administration péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique au long cours* ;
- AFLB016 *Administration intrathécale ou intrakystique spinale d'agent pharmacologique au long cours* ;
- ANMP001 *Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC].*

[8] Analgésie contrôlée par le patient (*Patient Controlled Analgesia, PCA*).

Retour sommaire

MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Chimiothérapie anticancéreuse	05	La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée : celle-ci peut ne pas être une tumeur. Le codage avec la CIM–10 de la maladie est donc essentiel (cf. recommandations de codage). La prise en charge comporte : ▪ l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; ▪ l'administration de la chimiothérapie (ou de l'immunothérapie à visée antinéoplasique) ; ▪ la surveillance médicosoignante des thérapeutiques administrées ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d'administration de la chimiothérapie.	Ce MP correspond d'une part à la chimiothérapie anticancéreuse et d'autre part à l'administration de thérapeutiques ciblées. L'utilisation de ce MP est justifiée les jours d'administration de la chimiothérapie anticancéreuse ou de la thérapeutique ciblée, par voie parentérale ou orale. L'utilisation du MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* n'est pas justifiée lorsque le médicament est fourni par un établissement d'hospitalisation complète et que le branchement de la perfusion a été effectué par ce dernier. La chimiothérapie par voie orale[9] ne peut donner lieu à l'utilisation de ce MP que lorsqu'elle est soumise à une prescription restreinte correspondant à l'une des deux conditions suivantes[10] : ▪ médicament réservé à l'usage hospitalier ; ▪ médicament à prescription	En cas d'administration discontinue mais fréquemment répétée, le codage du MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* se fait en continu jusqu'au dernier jour d'administration ; une cotation discontinue, entrainant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux administrations est supérieur à cinq jours. L'association avec le MP n° 03 *Traitement intraveineux* n'est autorisée que lorsque le traitement intraveineux est indépendant de la chimiothérapie elle-même et de la gestion des effets secondaires engendrés par celle-ci. L'association avec le MP n° 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MP principal.	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré dans le RPSS. *Par exemple :* - C90.0 *Myélome multiple* ou, - C85.9 *Amylose, sans précision*.

[9] En établissement d'hébergement pour personnes âgées, *cf*. aussi l'arrêté du 24 mars 2009.
[10] Article R. 5121-77 du code de la santé publique.

Retour sommaire

			hospitalière et nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. *Chez l'enfant*, lorsque l'HAD assure la préparation et l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse orale ou sous-cutanée à la suite d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière par voie veineuse, le MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* est codé.	L'association avec le MP n° 24 *Surveillance d'aplasie* est erronée. Le MPP 05[11] est autorisé en EHPAD. Le MPA 05[12] est autorisé en EHPAD.	

[11] Le MPP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* peut être assurée par une ESHAD en EHPAD à l'exception de la chimiothérapie anticancéreuse délivrée par voie orale (*cf.* appendice A).
[12] Le MPA 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* peut être assurée par une ESHAD en EHPAD à l'exception de la chimiothérapie anticancéreuse délivrée par voie orale (cf. appendice A).

Retour sommaire

MP n° 06 *Nutrition entérale*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Nutrition entérale	06	Le MP n° 06 *Nutrition entérale* concerne des patients porteurs de : ▪ sonde nasogastrique, ▪ gastrostomie, ▪ jéjunostomie, et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD	Le MP n° 06 *Nutrition entérale* comporte : ▪ la surveillance du patient, ▪ la maintenance des pompes, ▪ l'éducation du patient et de son entourage.	Le MP n° 06 *Nutrition entérale* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[13]. *Chez l'enfant*, l'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* est autorisée pour enregistrer les troubles de l'oralité connexes. Dans les autres cas, l'association du mode n° 15 n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la nutrition entérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 06 est autorisé en EHPAD.

[13] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

MP n° 07 *Prise en charge de la douleur*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD**
Prise en charge de la douleur	07	Le MP n° 07 *Prise en charge de la douleur* comporte : ▪ l'évaluation médicosoignante de la douleur, ▪ la mise en place du traitement, ▪ l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.	L'hypnose n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, elle ne peut donner lieu au codage de ce MP.	Le codage en tant que MPP 07 *Prise en charge de la douleur* doit être lié à l'importance de la consommation de ressources spécifiques mobilisées en vue de la prise en charge de la douleur. *Chez l'adulte*, il nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP[14]. ». Dans tous les cas, le codage en tant que MPP 07 *Prise en charge de la douleur* ne se justifie que le temps nécessaire à obtenir l'équilibre ou à l'utilisation de l'injecteur. Les autres situations de prise en charge de la douleur ne justifient pas le codage en tant que MPP 07 *Prise en charge de la douleur*. *Chez l'enfant*, le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03 *Traitement intraveineux,* n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* ou n° 11 *Rééducation orthopédique* lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. *Chez l'enfant*, la prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP n° 07 *Prise en charge de la douleur.*

[14] Analgésie contrôlée par le patient (*Patient Controlled Analgesia, PCA*).

Retour sommaire

				L'association du MPA 07 *Prise en charge de la douleur* au MPP n° 4 *Soins palliatifs* est possible à condition que le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP » ». Les éléments attestant du respect des règles de l'art requises pour la pose et la surveillance d'un tel dispositif doivent être présents dans le dossier du patient. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge de la douleur codée en tant que MPP. Le MPP 07 est autorisé en EHPAD. Le MPA 07 est autorisé en EHPAD.

NB : Lorsque l'acte est présent dans la *Classification commune des actes médicaux*, (CCAM) il doit être codé dans le RPSS, car il est un critère de lourdeur de la prise en charge de la douleur :

- AFLB017 *Administration péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique au long cours* ;
- AFLB016 *Administration intrathécale ou intrakystique spinale d'agent pharmacologique au long cours* ;
- ANMP001 *Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC].*

Retour sommaire

MP n° 08 *Autres traitements*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Autres traitements	08	Il s'agit de prises en charge de patients nécessitant un suivi médicosoignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents. Seules peuvent être concernées les prises en charge ne pouvant pas être décrites, même sous une forme dégradée, par aucun des autres modes de prise en charge. Remarque : la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD.	Ce MP regroupe des situations hétérogènes : ▪ nouvelles modalités de prise en charge en HAD non modélisées actuellement ; ▪ actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'ascite…) lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation. L'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, y compris pour une maladie non tumorale, n'utilise pas ce MP mais le MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse*. Dans tous les cas, l'utilisation de ce MP doit être clairement justifiée et tracée dans le dossier du patient. *Chez l'enfant*, le MP n° 08 *Autres traitements* inclut la surveillance après greffe d'organe ou de tissu.	L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à « l'autre traitement » codé en tant que MPP. Le MPP 08 est autorisé en EHPAD. Le MPA 08 est autorisé en EHPAD.	La diversité des circonstances de codage du MP n° 08 *Autres traitements* rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la prise en charge en HAD. *Chez l'enfant*, le MP n° 08 *Autres traitements* incluant la surveillance après greffe, doit être accompagné d'un code CIM-10 Z94.– *Greffe d'organe et de tissu*[15] comme diagnostic correspondant au mode de prise en charge concerné du RPSS (*cf.* les exemple de codage des MP en pédiatrie).

[15] Z94.– utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 pour indiquer qu'il faut se reporter à l'appendice H pour choisir les caractères supplémentaires (symbolisés par le tiret) adaptés à l'information à coder.

Retour sommaire

MP n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09	Le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus…) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne sur la durée de la prise en charge. Il inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de santé[16].	Le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* inclut la prise en charge de la douleur générée par la réalisation du pansement ou des soins spécifiques. Le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* inclut tout pansement de trachéostomie, quelle qu'en soit la durée (changement de canule de trachéostomie : *cf.* le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*).	*Chez l'enfant*, le MP n° 07 *Prise en charge de la douleur* ne peut être associé au MPP n° 09 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MPA n° 07 *Prise en charge de la douleur*. L'association avec le MP n° 10 *Posttraitement chirurgical* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MP	Il est important de décrire les lésions soignées en HAD (en DCMPP/DP, DCMPP) et la/les maladie(s) qui en sont à l'origine en DA. *Exemples :* ▪ escarre : L89.–[17] ; ▪ ulcère variqueux : I83.–[17] ; ▪ I70.21 *Athérosclérose des artères distales, avec gangrène ;* ▪ T87.5 *Nécrose d'un moignon d'amputation.* Le codage des complications de stomies utilise par exemple les codes : ▪ J95.0 *Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie ;* ▪ K91.4 *Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie et d'une entérostomie* ▪ N99.5 *Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire.*

[16] *Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées*. Haute Autorité de santé. Janvier 2011.
[17] La mention d'un code sous la forme *XNN.*– utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 indiquant qu'il faut se reporter à la catégorie *XNN* dans le volume 1 pour y choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder.

Retour sommaire

				principal. Le MPP 09 est autorisé en EHPAD. Le MPA 09 est autorisé en EHPAD.	Des codes CIM-10 imprécis ou sans rapport évident avec le MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* ne doivent pas être décrits : ex. G30.9 *Maladie d'Alzheimer, sans précision.*

Retour sommaire

MP n° 10 *Posttraitement chirurgical*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Post - traitement chirurgical	10	Le MP n° 10 *Posttraitement chirurgical* comprend pour une durée limitée, la surveillance : ▪ des sutures ; ▪ des pansements et/ou de la cicatrice à la suite immédiate d'une chirurgie.	Le MP n° 10 *Posttraitement chirurgical* exclut les soins prodigués pour accouchement après césarienne, qui doivent être codés selon les consignes données *infra* pour les MP n° 20 *Retour précoce à domicile après accouchement* et n° 21 *Post partum pathologique.*	L'association avec le MP n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP. Le MPP n° 10 *Posttraitement chirurgical* ne peut coexister qu'avec un mode d'entrée codé « 6 » (mutation) ou « 7 » (transfert) et une provenance codée « 1 » (médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie : MCO) ou « 2 » (soins de suite et de réadaptation, SSR).	Le MP n° 10 *Posttraitement chirurgical* doit être accompagné du code CIM–10 de la maladie opérée en DA. *Exemples :* ▪ pneumonectomie ou lobectomie pour cancer bronchique lobaire supérieur : Z90.2 *Absence acquise de poumon [partie de]* en DCMPP/DP et C34.1 *Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon* en DA ▪ soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau : Z98.8 *États post chirurgicaux précisés* en DCMPP/DP/DCMPA et T84.1 *Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre en DA.*

Retour sommaire

MP n° 11 *Rééducation orthopédique*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Rééducation orthopédique	11	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique. Le nombre de passages minimum de l'équipe de rééducation au domicile du patient est fixé à : ▪ 5 par semaine* lorsque le MP n° 11 *Rééducation orthopédique* est codé en MPP ; ▪ 3 par semaine lorsque le MP n° 11 *Rééducation orthopédique* est codé en MPA.	Le projet de rééducation doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectuée effective.	Le MP n° 11 *Rééducation orthopédique* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si la rééducation orthopédique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire[18]. *Chez l'enfant*, le MP n° 07 *Prise en charge de la douleur* ne peut être associé au MP n° 11 *Rééducation orthopédique* que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine», MEOPA, midazolam, kétamine). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP n° 07 *Prise en charge de la douleur* comme mode associé. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous	Le MP 11 *Rééducation orthopédique* doit être accompagné par exemple du code CIM–10 de la maladie opérée en DA : ex. Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* en (DCMPP/DP, DCMPA) et S72.0 *Fracture du col du fémur* en DA.

[18] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

				réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la rééducation orthopédique codée en tant que MP principal. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 11 est autorisé en EHPAD.	

* Compte tenu de la difficulté à trouver des kinésithérapeutes acceptant de se déplacer les weekends et jours fériés.

Retour sommaire

MP n° 12 *Rééducation neurologique*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Rééducation neurologique	12	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique. Le nombre de passages minimum de l'équipe de rééducation au domicile du patient est fixé à : ▪ 5 par semaine* lorsque le MP n° 12 *Rééducation neurologique* est codé en MPP ; ▪ 3 par semaine lorsque le MP n° 12 *Rééducation neurologique* est codé en MPA.	Le projet de rééducation doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectuée effective.	Le MP n° 12 *Rééducation neurologique* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si la rééducation neurologique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire [19]. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la rééducation neurologique codée en tant que MP principal. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 12 est autorisé en EHPAD.	*Exemple :* retour à domicile d'un patient pris en charge en SSR pour une hémiplégie spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylvienne ; la rééducation neurologique se poursuit ; Description des diagnostics : code CIM-10 I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales* en DCMPP/DP, DCMPA et le code G81.1 *Hémiplégie spastique en DA*.

* Compte tenu de la difficulté à trouver des kinésithérapeutes acceptant de se déplacer les weekends et jours fériés.

[19] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

MP n° 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	13	La surveillance postchimiothérapie anticancéreuse comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médicosoignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle.	Le MP n° 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse* correspond à la surveillance après administration d'une chimiothérapie anticancéreuse ou de thérapeutiques ciblées. La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. Celle-ci peut ne pas être une tumeur. Le codage de ce MP doit être justifié en fonction des effets secondaires observés ou potentiels. Le dossier du patient doit intégrer le protocole de chimiothérapie reçu et les modalités de surveillance du traitement. Le MP n° 13 exclut la surveillance après greffe de moelle osseuse (pour celle-ci, *cf*. le MP n° 08 *Autres traitements*).	L'association avec le MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance après chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP. L'association avec le MP n° 24 *Surveillance d'aplasie* est erronée.	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DCMPP/DP, DCMPA, DA). Les codes CIM-10 : Z08.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne* et Z09.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections* sont redondants avec le MP n° 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse*. La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entendant en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée – celle-ci pouvant ne pas être une tumeur –, *le codage avec la CIM–10 de la maladie est essentiel*.

Retour sommaire

MP n° 14 *Soins de nursing lourds*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Soins de nursing lourds	14	Le MP n° 14 *Soins de nursing lourds* comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky ≤ 50%). Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence de l'équipe soignante, quel que soit son effectif.	Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds.	Le MP n° 14 *Soins de nursing lourds* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si le MP n° 14 est Isolé, une confirmation de codage est nécessaire[20]. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux soins de nursing lourds codés en tant que MP principal. L'association avec le MP n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 14 est autorisé en EHPAD.

[20] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Éducation du patient et/ou de son entourage	15	Le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* comporte le suivi médicosoignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires…) formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.	L'utilisation de ce MP est subordonnée à la conduite d'une réelle action d'éducation du patient et de son entourage et non d'accompagnement. Les objectifs du programme d'éducation, les actions entreprises et les résultats de l'évaluation finale doivent figurer dans le dossier du patient. Le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* inclut le changement de canule de trachéostomie.	L'association avec le MP n° 04 *Soins palliatifs* est erronée. L'utilisation du MPP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* nécessite des conditions conformes à son contenu. Son utilisation en tant que MPA nécessite que l'éducation du patient et /ou de son entourage concerne un problème de santé différent de celui qui motive le mode principal.	La diversité des circonstances de codage du MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes diagnostics des maladies ou problèmes motivant cette prise en charge en HAD (DCMPP/DP, DCMPA, DA). Lorsque le MP n° 15 est codé pour le changement de canule de trachéostomie, le code de la CIM–10 Z93.0 *Trachéostomie* doit être enregistré comme DCMPP/DP dans le RPSS (*cf.* exemples de codage des MP en pédiatrie).

Retour sommaire

MP n° 17 *Surveillance de radiothérapie*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Surveillance de radiothérapie	17	Le MP n° 17 *Surveillance de radiothérapie* comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.	Le MP n° 17 *Surveillance de radiothérapie* est utilisé pendant la radiothérapie et dans le cadre de la surveillance des effets secondaires immédiats (dermites, mucites, effets secondaires hématologiques, surveillance neurologique, effet antalgique…).	Le MP n° 17 *Surveillance de radiothérapie* doit nécessairement coexister avec un autre MP. Si le MP n° 14 est Isolé, une confirmation de codage est nécessaire[21] L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance de radiothérapie codée en tant que MPP. En cas de prise en charge discontinue mais fréquemment répétée, le codage est continu jusqu'au dernier jour. Le codage discontinu, entrainant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux séances est supérieur à 5 jours.	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la radiothérapie doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DCMPP/DP, DCMPA, DA). Les codes CIM-10 Z08.1 *Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne* et Z09.1 *Examen de contrôle après radiothérapie pour d'autres affections* sont redondants avec le MP 17 *Surveillance de radiothérapie*.

[21] À propos de l'information *confirmation de codage,* cf. point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire

MP n° 18 *Transfusion sanguine*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD**
Transfusion sanguine	18	La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médicosoignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.	Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.	L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la transfusion sanguine codée en tant que MPP. Le MPP 18 est autorisé en EHPAD. Le MPA 18 est autorisé en EHPAD.

Retour sommaire

MP n° 19 *Surveillance de grossesse à risque*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Surveillance de grossesse à risque	19	Prise en charge de la *femme enceinte* dans les conditions recommandées par la HAS[22].	Ce MP inclut notamment le monitorage fœtal externe avec télésurveillance et le passage d'une sagefemme au moins trois fois par semaine.	L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance de grossesse à risque codée en tant que MP principal.	*Cf.* ci-dessous pour les exemples.

***Exemples* de codes de la CIM–10 correspondant aux *situations pathologiques* pouvant relever d'une HAD pendant l'*ante partum* :**

La mention d'un code sous la forme *XNN*.– (tel O10.– et O44.– ci-dessous) utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 et indique qu'il faut se reporter à la catégorie *XNN* dans le volume 1 pour y choisir le quatrième caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder précisément.

Hypertension artérielle préalable à la grossesse : O10.–
Hypertension artérielle gravidique : O13
Cholestase gravidique : ex. 026.6
Retard de croissance intra-utérine : ex. O36.5
Problèmes médico-psychosociaux : *cf.* les catégories Z55–Z65
Menace d'accouchement prématuré : ex. O60.0
Antécédents de mort fœtale *in utero,* d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie : ex. Z35.2
Diabète préalable à la grossesse : O24.0–O24.3
Syndrome des antiphospholipides : ex. D68.8
Diabète gestationnel : ex. O24.4
Placenta prævia : O44.–
Pathologie psychiatrique : ex. O99.3

Ces exemples n'ont pour but que d'aider au codage des diagnostics pathologiques. Ils ne signifient pas que la notion de situation pathologique au sens du document de la Haute Autorité de santé (HAS) se limite à l'existence d'une affection correspondant à l'un de ces codes.

Le codage du MP n° 19 impose le respect de l'ensemble des conditions indiquées par la HAS et dans le tableau ci-dessus.

[22] *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum.* Haute Autorité de santé. Avril 2011.

Retour sommaire

MP n° 20 *Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM–10
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20	Prise en charge de la *mère* consécutive à une sortie anticipée (à J+1 ou J+2 si accouchement par voie basse, jusqu'à J+3 après césarienne) d'un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO).	Cette prise en charge maternelle inclut les soins délivrés à la mère et au nouveau-né en bonne santé et non soumis à un risque relevant du MP n° 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*. Ce MP exclut le cas de sortie anticipée d'une mère souffrant de suites pathologiques de l'accouchement, Dans cette situation, c'est le MP n° 21 *Post partum pathologique* qu'il faut coder.	L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au RPDA codé en tant que MPP. Le MPA n° 20 *Retour précoce à domicile après accouchement* ne peut coexister qu'avec un mode d'entrée codé 6 (mutation) ou 7 (transfert) et une provenance codée 1 (MCO).	S'agissant de soins du *post partum*, la mention d'un diagnostic d'accouchement (groupe O80-O84 de la CIM–10) serait *erronée :* le diagnostic d'accouchement concerne le séjour précédent l'HAD (maternité). C'est un code CIM-10 de la catégorie Z39.– *Soins et examens du* post partum qui doit être employé pour décrire la mère (éventuellement Z48.– *Autres soins de contrôle chirurgicaux* après césarienne).

Retour sommaire

MP n° 21 Post partum *pathologique*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Post partum pathologique	21	Prise en charge de la **mère** consécutive à des suites *pathologiques* de l'accouchement.	Cette prise en charge maternelle inclut les soins délivrés à la mère et au nouveau-né en bonne santé. Ce MP inclut les soins après accouchement par césarienne conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)[23] . Lorsque les conditions requises par la HAS ne sont pas présentes, les soins après césariennes se codent avec le MP n° 20 *Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)*.	L'association du MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au *post partum* pathologique codé en tant que MPP.	C'est l'affection ou les affections motivant les soins d'HAD qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DCMPP/DP, DCMPA, DA). S'agissant de soins du *post partum*, la mention d'un diagnostic d'accouchement (groupe O80-O84 de la CIM–10) serait erronée : le diagnostic d'accouchement concerne le séjour précédent l'HAD (maternité). *Cf.* ci-dessous pour les exemples.

***Exemples* de codes de la CIM–10 correspondant aux situations pathologiques pouvant relever d'une HAD pendant le *post partum* :**

La mention d'un code sous la forme *XNN*.– (tel O10.– *Hypertension préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* ou O44.– *Placenta praevia* ci-dessous) utilise la convention d'écriture « point-tiret » (.–) de la CIM–10 et indique qu'il faut se reporter à la catégorie *XNN* dans le volume 1 pour y choisir le *quatrième* caractère (symbolisé par le tiret) adapté à l'information à coder précisément.

Exemple : les codes O90.– *Complications puerpérales, non classées ailleurs et* O86.– *Autres infections puerpérales* pour décrire les difficultés de cicatrisation après césarienne et accouchement :

O90.0 *Rupture d'une suture de césarienne* pour décrire une désunion de cicatrice
O90.2 *Hématome d'une plaie obstétricale* pour décrire un hématome de paroi
O90.1 R*upture d'une suture obstétricale du périnée* pour décrire une désunion de cicatrice
O86.0 *Infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale* pour décrire une infection d'une suture après césarienne, un abcès de paroi, une infection d'une suture périnéale après accouchement ;

Suite des exemples page suivante →

[23] *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum*. Haute Autorité de santé. Avril 2011.

Retour sommaire

Exemples* de codes de la CIM–10 correspondant aux situations pathologiques pouvant relever d'une HAD pendant le *post partum* *(suite)

Déchirures obstétricales : O70.–;
Difficultés sphinctériennes urinaires : ex. O90.8
Dépression du post partum : ex. F53.0
Primipare de moins de 18 ans : ex. Z35.6
Grossesse non ou mal suivie : ex. Z35.3
Femme isolée, difficultés socioéconomiques, séparation du couple : *cf.* les catégories Z55–Z65
Mère dépendante d'une drogue ou de l'alcool : *cf.* les catégories F10–F19 avec le quatrième caractère .2
Mère victime de violences *: T74*.–
Obésité : E66.– (4^{e} et 5^{e} caractères : *cf.* l'appendice H)
Diabète préexistant à la grossesse : O24.0–O24.3
Grossesse multiple : O30.–
Mère d'un enfant souffrant d'un retard de croissance, d'une hypotrophie : ex. O36.5
Complications veineuses puerpérales : O87.–

Ces exemples n'ont pour but que d'aider au codage des diagnostics. Ils ne signifient pas que la notion de situation pathologique au sens du document de la Haute Autorité de santé (HAS) se limite à l'existence d'une affection correspondant à l'un de ces codes.

Le codage du MP n° 21 impose le respect de l'ensemble des conditions indiquées par la HAS et dans le tableau ci-dessus.

Retour sommaire

MP n° 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	**Modalités de codage et possibilités d'associations**	**Codage des diagnostics avec la CIM–10**
Prise en charge du nouveau-né à risque	22	Il ne peut s'agir que d'un mode de prise en charge principal concernant le nouveau-né (âge inférieur ou égal à 28 jours).	Exemples d'indications de prise en charge du nouveau-né à risque : ▪ sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes ; ▪ retour au domicile en cas de grossesse multiple ; ▪ contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique.	Rappel : par convention, l'indice de Karnofsky du nouveau-né à risque est coté 100 %. L'association du MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge du nouveau-né à risque codée en tant que MPP. Pour un enfant admis en HAD pour MPP n° 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque* avant 28 jours de vie et toujours pris en charge en HAD après 28 jours de vie, l'ESHAD devra signaler un changement de *séquence* au 29ème jour.	S'agissant d'un MP du nouveau-né, le ou les DCMPP du RPSS ne peuvent pas commencer par la lettre O car ces codes sont réservés à la mère. *Exemples :* ▪ P05.– : *Hypotrophie* ▪ P01.5 : *Nouveau-né de grossesse multiple* *Cf.* le volume 3 (index alphabétique) de la CIM–10 et les *Conseils de codage* relatifs aux anomalies héréditaires du métabolisme, publiés sur le site Internet de l'ATIH.

Retour sommaire

MP n° 24 *Surveillance d'aplasie*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD
Surveillance d'aplasie	24	La prise en charge comporte : ▪ la surveillance médicosoignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion…).		L'association avec le MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP n° 13 *Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse* est erronée. L'association avec le MP n° 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la surveillance d'aplasie codée en tant que MPP. Le MPP 24 est autorisé en EHPAD. Le MPA 24 est autorisé en EHPAD.

Retour sommaire

MP n° 25 *Prise en charge psychologique ou sociale*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Prise en charge psychologique et/ou sociale	25	Il s'agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).	Un suivi psychologique et social « de base » devant être assuré pour tous les modes de prise en charge, l'utilisation de ce MP nécessite l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social du fait d'une situation particulièrement complexe et consommatrice de moyens. Cette situation est tracée dans le dossier du patient. Le codage est licite le temps de l'intervention de ces professionnels (temps direct et indirect des professionnels).	La prise en charge psychologique ou sociale vient nécessairement en complément d'un autre MP ; elle ne peut être qu'un MPA. L'association avec les MPP n° 1, 2, 6, 11, 12, 14 est autorisée à condition que le MPA n° 25 *Prise en charge psychologique et/ou sociale* soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.

Retour sommaire

F2) Tableaux croisés des associations de modes de prise en charge principal et associé (MPP x MPA) et plages d'indice de Karnofsky (IK)

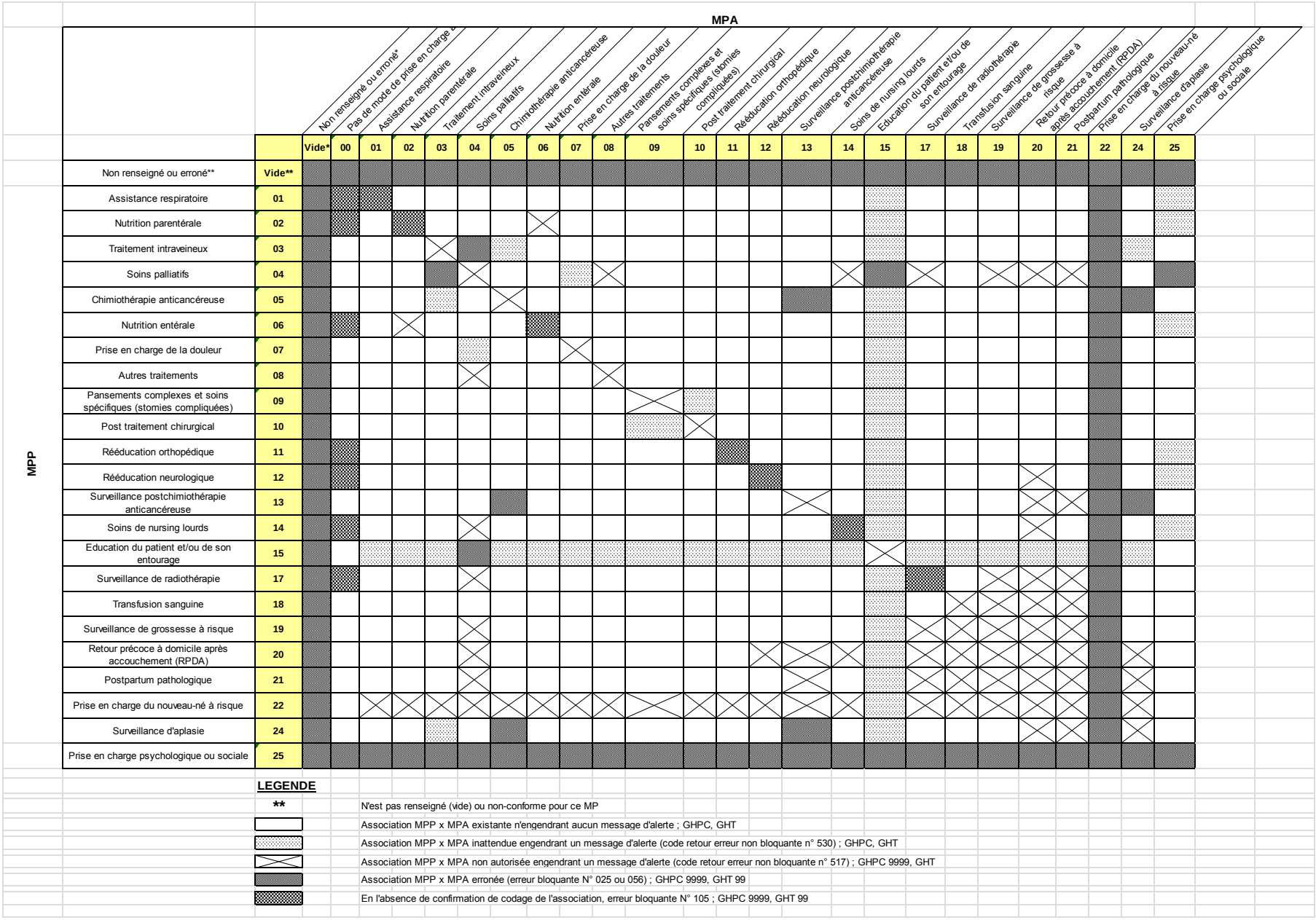
Le **premier tableau** décrit les associations de MPP x MPA existantes (autorisées), les associations inattendues, les associations non autorisées, les associations erronées et les associations pour lesquelles une confirmation de codage[1] est nécessaire :

- les associations MPP x MPA *existantes* n'engendrent aucun message d'alerte ; le RPSS est groupé et tarifié (GHPC, GHT) ;
- les associations *inattendues* engendrent un message d'alerte sans blocage du groupage ; le RPSS est groupé, tarifié (GHPC, GHT) ;
- les associations *non autorisées* engendrent un message d'alerte ; le blocage du groupage du RPSS n'empêche pas sa tarification basée sur le MPP et l'IK (GHPC 9999, GHT) ;
- les associations *erronées* et celles dont la confirmation de codage n'est pas faite engendrent un message d'erreur et un blocage de la *fonction groupage* ; le RPSS n'est pas groupé et n'est pas tarifié (GHPC 9999, GHT 99).

Le **second tableau** détaille les plages d'IK prévues selon les associations de MPP x MPA autorisées ou non erronées.

[1] À propos de l'information *confirmation de codage,* se reporter au point 2.1.5 du chapitre I.

Retour sommaire



LEGENDE

**	N'est pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP
	Association MPP x MPA existante n'engendrant aucun message d'alerte ; GHPC, GHT
	Association MPP x MPA inattendue engendrant un message d'alerte (code retour erreur non bloquante n° 530) ; GHPC, GHT
	Association MPP x MPA non autorisée engendrant un message d'alerte (code retour erreur non bloquante n° 517) ; GHPC 9999, GHT
	Association MPP x MPA erronée (erreur bloquante N° 025 ou 056) ; GHPC 9999, GHT 99
	En l'absence de confirmation de codage de l'association, erreur bloquante N° 105 ; GHPC 9999, GHT 99

Retour sommaire

MPA

MPP	Vide	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	25
Non renseigné ou erroné**	Vide																								
Assistance respiratoire	01	C	C													<=50				>=40	>=40	>=40			>=40
Nutrition parentérale	02	C		C			>=40		>=40				>=40	>=40	>=40	<=50	>=40			>=40	>=50	>=50		>=40	>=40
Traitement intraveineux	03	>=60						>=40		>=40	>=30	>=30	>=40	>=40	>=40	<=50	>=50	>=40	>=40	>=50	>=50	>=50		>=40	>=40
Soins palliatifs	04																								
Chimiothérapie anticancéreuse	05	>=40		>=40												<=50									
Nutrition entérale	06	C			>=40			C								<=50									
Prise en charge de la douleur	07	>=40		>=40												<=50									
Autres traitements	08	>=40			>=40											<=50									
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09				>=30											<=50									
Post traitement chirurgical	10	>=50			>=30											<=50									
Rééducation orthopédique	11	C		>=40	>=40								C			<=50									
Rééducation neurologique	12	C		>=40	>=40									C	>=40	<=50	>=40	>=40	>=50	>=40		>=60		>=40	>=40
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13	>=40		>=40	>=40									>=40		<=50	>=40	>=40	>=40						>=40
Soins de nursing lourds	14	C,<=50	<=50	<=50	<=50		<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	C,<=50	<=50	<=50	<=50	<=50		<=50		<=50	<=50
Education du patient et/ou de son entourage	15	>=40		>=40	>=50									>=40	>=40	<=50		>=40	>=40	>=40	>=40	>=40		>=40	>=40
Surveillance de radiothérapie	17	C			>=40									>=40	>=40	<=50	>=40	C	>=50					>=60	>=60
Transfusion sanguine	18	>=50			>=40									>=50	>=40	<=50	>=40	>=50						>=50	>=50
Surveillance de grossesse à risque	19	>=60	>=40	>=40	>=50									>=40		<=50	>=40								>=60
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20	>=70	>=40	>=50	>=50												>=40								>=60
Postpartum pathologique	21	>=60	>=40	>=50	>=50									>=60		<=50	>=40								>=60
Prise en charge du nouveau-né à risque	22	100															100								100
Surveillance d'aplasie	24	>=40		>=40	>=40									>=40		<=50	>=40	>=60	>=50						>=40
Prise en charge psychologique ou sociale	25																								

LEGENDE

****** N'est pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP

Association MPP X MPA non autorisée ou erronée

VALEURS D'IK PREVUES (%) POUR LES ASSOCIATIONS AUTORISEES ET PREVUES		10 ≤ IK ≤ 100	**>=50**	50 ≤ IK ≤ 100	**40-50**	40 ≤ IK ≤ 50	**C**	10 ≤ IK ≤ 100 si codage confirmé
	>=30	30 ≤ IK ≤ 100	**>=60**	60 ≤ IK ≤ 100	**<=50**	10 ≤ IK ≤ 50	**C,<=50**	10 ≤ IK ≤ 50 si codage confirmé
	>=40	40 ≤ IK ≤ 100	**>=70**	70 ≤ IK ≤ 100	**100**	IK = 100		

Retour sommaire

F3) Exemples de codage des modes de prise en charge en pédiatrie

Abréviations utilisées : MPP : mode de prise en charge principal MPA : mode de prise en charge associé
MPD : mode de prise en charge documentaire CIM–10 : *Classification internationale des maladies,* 10e révision

Les diagnostics enregistrés dans le RPSS (DCMPP/DP, DCMPA, DA) doivent être cohérents avec le MPP et le MPA s'il y a lieu.

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Prématuré trachéotomisé bénéficiant d'une ventilation nocturne non invasive et d'une nutrition entérale à débit continu	MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 06 *Nutrition entérale*
Prématuré bronchodysplasique, oxygénodépendant ou non : • pathologie respiratoire isolée : traitement par aérosols (3/j.) et kinésithérapie respiratoire quotidienne • pathologie respiratoire associé à une autre affection nécessitant un traitement inhabituel chez l'enfant ○ si le problème respiratoire a mobilisé l'essentiel des soins ○ si le traitement de l'autre affection a mobilisé l'essentiel des soins	• MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient • MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 08 *Autres traitements* • MPP 08 *Autres traitements*, MPA 01 *Assistance respiratoire*
Nourrisson en nutrition parentérale ; une infection du cathéter nécessite une antibiothérapie (une injection par jour) en sus de la nutrition	MPP 03 *Traitement intraveineux*, MPA 02 *Nutrition parentérale*, MPD 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*
Premier retour à domicile d'un enfant à grêle court en nutrition parentérale	MPP 02 *Nutrition parentérale,* MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient

Retour sommaire

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Traitement intraveineux par Aredia® chez l'enfant (ostéolyses malignes)	MPP 03 *Traitement intraveineux*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*, MPD 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*
Premier retour à domicile d'un enfant de moins de 28 jours soigné par voie veineuse pour infection, 1 seul passage quotidien d'une infirmière puéricultrice	MPP 03 *Traitement intraveineux*, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient MPD 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*
Nouveau-né avec un traitement exceptionnel nécessitant une observance et une surveillance rigoureuses (par exemple, un parasympathomimétique tel que Urécholine®), caféine, antirétroviraux, anticonvulsivants…) telles qu'en l'absence d'observance rigoureuse, l'enfant serait mis en danger sur le plan vital ou sur le plan fonctionnel à long terme	MPP 08 *Autres traitements*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* ***NB :*** la ou les affections imposant le traitement doivent être codées avec la CIM–10 dans le RPSS
Enfant hémodialysé, passage de l'équipe d'HAD chaque jour sans séance	MPP 08 *Autres traitements*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
Surveillance après greffe de moelle osseuse d'un enfant atteint d'une leucémie ou d'une drépanocytose	MPP 08 *Autres traitements*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* ***NB :*** le DP du RPSS sera codé : le code de la CIM–10 Z94.80 *Présence de greffe de moelle osseuse* doit être enregistré en DP ou en DCMPP du RPSS
Sevrage d'un enfant de mère toxicomane	MPP 08 *Autres traitements*, MPA 07 *Prise en charge de la douleur* ***NB :*** le code de la CIM–10 P04.4 *Fœtus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère* doit être enregistré en DP ou en DCMPP du RPSS

Retour sommaire

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Syndrome de Pierre Robin (SPR)	
Description du syndrome en DCMPP/DP du RPSS : code CIM–10 : Q87.0 *Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face*	
• SPR avec problème respiratoire et nutrition entérale	• MPP 01 *Assistance respiratoire*, MPA 06 *Nutrition entérale*, MPD 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*
• SPR avec problème respiratoire sans nutrition entérale	• MPP 01, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
• SPR avec nutrition entérale sans problème respiratoire	• MPP 06 *Nutrition entérale*, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
• SPR sans problème respiratoire ni nutrition entérale	• MPP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPP doit être justifié et documenté dans le dossier du patient
Exemples de codage du MP 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)*	
• Nourrissons porteurs de trachéostomie et/ou de gastrostomie sans problème respiratoire • Nourrissons porteurs de trachéostomie et/ou de gastrostomie avec problème respiratoire	• MPP 09 *Pansements complexes …*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* • MPP 09 *Pansements complexes …* , MPA 01 *Assistance respiratoire*
Adolescent ayant des difficultés de cicatrisation postopératoire sous la forme d'escarres au niveau des orifices des broches d'un fixateur externe, nécessitant des pansements complexes. Il s'agit d'un traitement postchirurgical mais de durée inhabituellement longue (quelques mois)	
• Sans rééducation orthopédique	• MPP 09 *Pansements complexes …*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
• Avec rééducation orthopédique	• MPP 09 *Pansements complexes …*, MPA 11 *Rééducation orthopédique*

Retour sommaire

Situation	Exemples de codage des MP/Diagnostics
Changement de canule de trachéostomie chez l'enfant	MPP 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*, ***NB :*** le code CIM–10 Z93.0 *Trachéostomie* doit être enregistré en DP ou en DCMPP du RPSS
Enfant polyhandicapé ayant subi une ostéotomie de hanche (surveillance du plâtre, ensemble des soins, gestion des problèmes d'appui...)	
• Avec rééducation orthopédique • Sans rééducation orthopédique	• MPP 10 *Posttraitement chirurgical*, MPA 11 *Rééducation orthopédique* • MPP 10 *Posttraitement chirurgical*, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé*
Comment faut-il comprendre le temps minimum de 2 heures de soins pour coder le MP 14 *Soins de nursing lourds* ? S'il y'a deux intervenants, est-ce qu'on additionne les temps de chacun ?	Réponse : non, 60 minutes à 2 personnes comptent pour 60 minutes de présence et non pour 120 minutes. C'est le temps total de présence de l'équipe par jour qui compte, quel que soit le nombre d'intervenants
Conditions de codage et d'association du mode de prise en charge 22 *Prise en charge du nouveau-né à risque*	
• Nouveau-né appartenant à la fratrie d'un nourrisson décédé de mort subite (apprentissage aux parents de l'utilisation de la surveillance monitorée, collecte des données et transmission à l'unité du sommeil, retours d'information et consignes aux parents)	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient ***NB :*** l'acte CCAM de surveillance monitorée doit être codé dans le RPSS : DEQP007 *Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la saturation artérielle en oxygène par méthodes non effractives, par 24 heures*
• Nouveau-né souffrant de reflux gastroœsophagien (RGO) nécessitant un couchage proclive et un épaississement du lait ; apprentissage du couchage proclive, des techniques de portage	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ***NB :*** le MPA doit être justifié et documenté dans le dossier du patient ***NB :*** le RGO doit être codé en DCMPP/DP dans le RPSS avec

Retour sommaire

• Prévention de la maltraitance (enfant prématuré, hypotrophe, atteint de maladie génétique ou métabolique, environnement psychosocial et familial à risque)	la CIM–10 (K21.–) • MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 00 *Pas de mode de prise en charge associé* ***NB :*** le facteur de risques doit être codé en DCMPP/DP dans le RPSS avec la CIM–10 : ○ prématurité : catégorie P07 *Anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs* ○ hypotrophie : catégorie P05 *Retard de croissance et malnutrition du fœtus* ○ maladie génétique ou métabolique : *cf.* le volume 3 (index alphabétique) de la CIM–10 et les *Conseils de codage* relatifs aux anomalies héréditaires du métabolisme, publiés sur le site Internet de l'ATIH[1] ○ environnement psychosocial et familial : groupe Z55–Z65 *Sujet dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales*
• Enfant à risque en raison d'un entourage défaillant psychologiquement ou socialement (le risque ne tient pas au seul nouveau-né mais il existe en plus des difficultés familiales)	• MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 15 *Éducation du patient et/ou de son entourage* ou MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MPA 25 P*rise en charge psychologique ou sociale* ***NB :*** les difficultés maternelles ou familiales doivent être codées en DCMPP/DP dans le RPSS avec la CIM–10 : *cf.* la catégorie P04 *Fœtus ou nouveau-né affectés par des effets nocifs transmis par voie placentaire ou par le lait maternel* et le groupe Z55–Z65 *Sujet dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales.*

[1] Un fascicule *Affections du nouveau-né* est aussi disponible.

Retour sommaire

F4) Liste 2 : Modes de prise en charge ne pouvant être admis qu'en tant que modes de prise en charge documentaires

À titre de modes de prise en charge documentaires (MPD), il peut être codé les modes figurant dans la liste 1 *supra* **et** ceux numérotés de 26 à 28 ci-dessous.

Modes de prise en charge documentaires	N°	Définition	Modalités de codage
Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	26	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. Elle nécessite un passage infirmier par jour.	Ne peut être utilisé que comme MPD.
Éducation du patient et/ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins de 18 ans	27	Suivi médicosoignant quasi quotidien et éducation du patient et de sa famille, visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surcharges pondérales, épilepsie, Sida...).	Ne peut être utilisé que comme MPD.
Prise en charge psychologique et/ou sociale chez les patients de moins de 18 ans	28	Il s'agit du soutien psychologique ou social du jeune malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).	Ne peut être utilisé que comme MPD.

Retour sommaire

F5) Récapitulatif des intitulés et des positions d'enregistrement des modes de prise en charge

Code	Libellé des MP [*Ancien libellé avant 2012*]*	MPP	MPA	MPD
00	Pas de mode de prise en charge associé [*Pas de protocole associé*]**	-	X	-
01	Assistance respiratoire	X	X	X
02	Nutrition parentérale	X	X	X
03	Traitement intraveineux	X	X	X
04	Soins palliatifs	X	X	X
05	Chimiothérapie anticancéreuse [*Chimiothérapie*]*	X	X	X
06	Nutrition entérale	X	X	X
07	Prise en charge de la douleur	X	X	X
08	Autres traitements	X	X	X
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) [*Pansements complexes et soins spécifiques*]*	X	X	X
10	Post traitement chirurgical	X	X	X
11	Rééducation orthopédique	X	X	X
12	Rééducation neurologique	X	X	X
13	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse [*Surveillance post chimiothérapie*]*	X	X	X
14	Soins de nursing lourds	X	X	X
15	Education du patient et de son entourage	X	X	X
17	Surveillance de radiothérapie [*Radiothérapie*]*	X	X	X
18	Transfusion sanguine	X	X	X
19	Surveillance de grossesse à risque	X	X	X
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) [Post partum *physiologique*]*	X	X	X
21	*Post partum* pathologique	X	X	X
22	Prise en charge du nouveau-né à risque [*Prise en charge du nouveau-né*]*	X	-	-
24	Surveillance d'aplasie	X	X	X
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale	-	X	X
26	Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	-	-	X
27	Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans	-	-	X
28	Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans	-	-	X

* : Jusqu'en 2009 ** : Jusqu'en 2011

Retour sommaire

Appendice G – Indice de Karnofsky

L'IK décrit sur une échelle synthétique de 0 (décès) à 100 % (aucun signe ou symptôme de maladie) l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert.
Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %[1]).

Remarque : il n'existe pas de correspondance établie entre l'IK et la cotation selon la grille des *activités de la vie quotidienne* AVQ utilisée en HAD (*cf.* appendice I).

Cotation	Situation correspondante	Codage
100%	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie	100
90%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie	090
80%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs	080
70%	Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler	070
60%	Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels	060
50%	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médi-caux fréquents	050
40%	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	040
30%	Le patient est sévèrement handicapé	030
20%	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	020
10%	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	010

[1] Par convention, dans le cas du mode « Prise en charge du nouveau-né à risque » (code 22), l'IK du patient est fixé à 100%.

Retour sommaire

Appendice H – Codes étendus de la CIM–10 ; définitions et codage de certains états morbides

Cet appendice détaille les codes étendus de la CIM-10, les extensions internationales et nationales qui ont été apportées pour les besoins de la description médicale. Il se termine par les définitions et le codage de certains états morbides avec la CIM-10 :

- dépendance envers des machines et appareils auxiliaires ;
- diabète de type 2 traité par insuline ;
- emploi des codes du groupe B95-B98 ;
- état grabataire ;
- infarctus du myocarde (prise en charge initiale) ;
- hypotension et baisse de la tension artérielle ;
- insuffisance rénale fonctionnelle ;
- insuffisance respiratoire ;
- malnutrition, dénutrition ;
- œdème pulmonaire ;
- résistance aux antibiotiques.

H1) Codes étendus de la CIM–10

On trouvera ci-dessous l'ensemble des extensions nationales de codes de la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) créées pour les besoins du PMSI. Ces codes étendus peuvent être utilisés pour le codage des diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP/DP), des diagnostics correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA) et des diagnostics associés (DA) du RPSS. Certains, du fait de leur création initiale pour l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), sont sans objet en HAD ; c'est par exemple le cas des codes de prise en charge initiale de l'infarctus du myocarde. Entre les codes originels de la CIM–10 et les codes étendus, il revient au codeur de choisir celui qui traduit le mieux le diagnostic du patient, en sachant que, de manière générale, c'est le code le plus précis par rapport à l'affection ou au problème de santé qui doit être privilégié.

On rappelle (se reporter aux règles générales d'emploi de la CIM–10 dans le chapitre II) :

- que lorsqu'un code comporte un signe « + » (signe plus), ce signe **doit être saisi** ;
- que les signes *dague* (†) et *astérisque* (*) **ne doivent pas être saisis**.

La table analytique (chapitres I à XXII[1]) de la CIM–10 est divisée en *catégories* dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en *sous-catégories* codées avec quatre caractères. Dans le cadre du recueil d'information du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; les codes à trois caractères ne sont admis que lorsqu'ils correspondent à des catégories non subdivisées. Mais les recueils standards d'informations du PMSI utilisent aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère. Ils ont deux origines :

- des extensions prévues par la CIM–10 elle-même ; il s'agit donc d'extensions à caractère international ;
- la création d'extensions nationales.

[1] Le chapitre XXII a été créé par la mise à jour de 2003. Se reporter au site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Retour sommaire

a) Les extensions internationales

La CIM–10 propose des extensions de codes dans ses chapitres XIII (*maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif*), XIX (*lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*) et XX (*causes externes de morbidité et de mortalité*). Elles sont présentées comme *une sous-classification* ou comme des *subdivisions données à titre facultatif*.

Dans les recueils standards du PMSI ces extensions doivent être placées en cinquième position des codes. Lorsqu'elles s'appliquent à un code à trois caractères (catégorie de la CIM–10 non subdivisée) la quatrième position vide doit être complétée par le signe « + » (plus). Par exemple : M45.+7 *Spondylarthrite ankylosante lombosacrée* (code M45 de la spondylarthrite ankylosante étendu par le code 7 de la localisation lombosacrée : CIM–10, volume 1 page 695[2]).

Pour ce qui concerne le chapitre V de la CIM–10 *Troubles mentaux et du comportement*, les extensions de ses codes se fondent sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*[3]. En raison de leur grand nombre, elles ne sont pas incluses dans cet appendice. Le chapitre V *in extenso* de la CIM–10, incluant les extensions, est accessible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour son emploi, il est recommandé de consulter l'avertissement figurant dans l'encadré suivant.

Il a été décidé de donner aux utilisateurs – tout particulièrement en **psychiatrie** – la possibilité d'utiliser une version augmentée de la CIM–10 la plus complète possible. C'est pourquoi le chapitre V publié par l'ATIH inclut les propositions de codage fournies dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*. Celle-ci reprend en effet les extensions de codes mentionnées dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (ouvrage à couverture bleue, coédité par l'OMS et Masson), à l'exception de celles pour la catégorie F66 (*cf. infra*) et en y ajoutant les siennes propres.

L'ATIH insiste sur le fait que ces deux ouvrages ne doivent pas être utilisés pour le codage : ils contiennent de nombreuses erreurs de codes, et les libellés peuvent différer de ceux du volume 1 de la CIM–10, qui reste l'ouvrage réglementaire de référence. D'autre part, pour respecter les prescriptions internationales, la 4e position du code (celle située après le point) ne peut pas être employée : toutes les extensions utilisant cette position ont donc été révisées, en déplaçant le caractère supplémentaire en 5e position et en remplaçant la 4e position actuellement vide par le signe « + » (plus). **Ce sont donc bien les libellés et codes donnés dans le document en téléchargement sur le site de l'ATIH que les utilisateurs doivent employer.** Par ailleurs, seules les modifications présentes dans le document fourni par l'ATIH sont intégrées dans les tables de contrôle du recueil et de la *fonction groupage*. Les extensions de F66 caractérisant des

[2] Référence : édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM–10) ; OMS éd 2008 (ISBN 978 92 4 254766 5).

[3] Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la santé et l'éditeur Masson en 1994 (ISBN 2 225 84609 X).

Retour sommaire

orientations sexuelles, mentionnées dans le « livre bleu », non reprises dans le « livre vert », ne peuvent pas être utilisées.

On insiste également sur le fait que l'emploi de certains libellés ainsi complétés peut entrainer des difficultés, en particulier quand ils intègrent des informations de nature différente : ainsi en est-il, par exemple, de l'extension « avec traumatismes ou autres blessures physiques » (5e caractère « 1 ») proposée avec le 4e caractère « .0 » des catégories F10–F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Chaque fois qu'un libellé contient plusieurs informations qui peuvent être codées distinctement, il est préférable d'utiliser un codage multiple. Cette consigne est tout spécialement à appliquer pour les extensions suivantes, utilisables :

– avec le caractère .0 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec traumatismes ou autres blessures physiques* : coder ceux-ci selon leur nature

2 *avec d'autres complications médicales* : coder celles-ci selon leur nature

5 *avec coma* : coder en sus le coma

6 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

– avec le caractère .3 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

– avec le caractère .4 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

Le remaniement du chapitre V a été l'occasion d'intégrer les règles d'orthographe, de ponctuation et de typographie recommandées en France. Les libellés incomplets (non signifiants hors contexte) ont été reconstitués. La prise en compte de toutes ces modifications a obligé à modifier la mise en page initiale du chapitre V : c'est la raison de sa publication *in extenso* sur le site Internet de l'ATIH.

b) Les extensions françaises

Les extensions de codes de la CIM–10 à usage national ont été créées dans un double but :

1. apporter plus de précision dans le cadre du PMSI, et permettre le repérage de prises en charge susceptibles d'expliquer des différences de consommation de ressources ;
2. permettre l'enregistrement d'informations à visée purement documentaire, à la demande de sociétés savantes.

Les modifications nationales consistent essentiellement en des *extensions de codes* mais elles peuvent comprendre aussi des *créations*, à l'exemple de la *création* en 2009 d'une catégorie : U90 *Autres formes de pharmacorésistance*, comportant deux sous-catégories :

- U90.0 *Résistance aux antiépileptiques*
- U90.9 *Résistances a un traitement, autres et sans précision*

Retour sommaire

Le tableau suivant recense les extensions nationales créées depuis 1996[4] et utilisables en 2013. Les parenthèses, crochets et notes d'exclusion ont le même sens que dans la CIM–10. Bien qu'on se situe à un niveau inférieur à celui de la catégorie, les notes d'inclusion sont introduites par « ***Comprend :*** » pour la clarté de la présentation.

Dans ce tableau, on entend par « code père » les codes bénéficiant d'extensions nationales (les codes étendus qui en résultent sont nommés « codes fils »), créées pour les besoins du PMSI ou à titre documentaire immédiatement susjacent au code étendu observé ; par exemple, ci-dessous, A63.0 est le code père de A63.00 et de A63.08 ; dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche,* F11.24 est le code père de F11.240.

L'emploi des « codes-pères » n'est autorisé que pour les extensions à visée purement documentaire. Dans tous les autres cas, majoritaires, l'emploi des codes étendus est obligatoire.

Les mises à jour officielles de la CIM–10 par l'Organisation mondiale de la Santé sont publiées sur le site internet de l'ATIH. Les extensions de codes objets du présent appendice ont été associées à cette publication afin d'offrir aux utilisateurs un document unique répertoriant, par rapport au contenu du volume 1 de la CIM–10, l'ensemble des ajouts et modifications internationales et nationales. Certains intitulés anciens ont, à cette occasion, été révisés, afin de les rendre homogènes avec ceux intégrés à la publication des mises à jour. Il ne s'agit chaque fois que de modifications de forme, non de fond, le code conservant toujours son sens antérieur.

Codes	Intitulé
A63.00	Condylomes anaux (vénériens)
A63.08	Autres condylomes anogénitaux (vénériens)
B24.+0	Complexe relatif au SIDA [préSIDA] [*ARC*], sans précision
B24.+1	Syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA] avéré, sans précision
B24.+9	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], sans précision
B60.80	Microsporidiose extra-intestinale
B60.88	Maladie précisée due à d'autres protozoaires
B99.+0	Autres maladies infectieuses précisées
B99.+1	Syndrome infectieux sans cause trouvée
C16.9+0	Estomac, tumeur maligne familiale liée au gène CDH 1
C16.9+8	Estomac, tumeurs malignes autres et non précisées
C18.9+0	Syndrome de Lynch
C18.9+8	Côlon, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.4+0	Pancréas endocrine, tumeur maligne avec néoplasie endocrine multiple de type I [NEM 1]
C25.4+8	Pancréas endocrine, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.9+0	Pancréas, tumeur maligne familiale
C25.9+8	Pancréas, tumeurs malignes autres et non précisées
C46.70	Sarcome de Kaposi de la sphère O.R.L.
C46.71	Sarcome de Kaposi digestif
C46.72	Sarcome de Kaposi pulmonaire
C46.78	Sarcome de Kaposi d'autres localisations

[4] Hors celles propres au chapitre V de la CIM–10 *Troubles mentaux et du comportement*, pour lesquelles on se reportera au site Internet de l'ATIH.

Retour sommaire

C49.30	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax
	Comprend : veine cave supérieure
C49.38	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
C49.40	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen
	Comprend : veine cave inférieure
C49.48	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
C49.50	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
C49.58	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
C80.+0	Tumeur maligne primitive de siège inconnu
NB *:* depuis 2011, pour coder une tumeur maligne de siège primitif non précisé ou inconnu, il était déconseillé d'employer C80.+0. Ce code ne peut désormais plus être utilisé, il faut employer C80.0 (sans signe « + ») *Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit*, sous-catégorie créée par l'OMS en 2011 dans la catégorie C80 *Tumeur maligne de siège non précisé*	
D12.6+0	Polypose (colique) familiale adénomateuse
D12.6+1	Polypose (colique) liée au gène APC
D12.6+2	Polypose (colique) liée au gène MYH
D12.6+3	Polypose (colique) festonnée
D12.6+4	Polypose (colique) juvénile
D12.6+5	Polypose (colique) au cours du syndrome de Peutz–Jeghers
D12.6+6	Polypose (colique) au cours de la maladie de Cowden
D12.6+8	Tumeurs bénignes du côlon, autres et non précisées
D13.90	(Tumeur bénigne de la) Rate
D21.30	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax
	Comprend : veine cave supérieure
	À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.38	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
D21.40	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l'abdomen
	Comprend : veine cave inférieure
	À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.48	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l'abdomen, autres
D21.50	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
	À l'exclusion de : hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.58	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
D44.40	Craniopharyngiome
D44.48	Autres tumeurs du canal craniopharyngien à évolution imprévisible ou inconnue
D48.30	Tératome [dysembryome] sacrococcygien
D48.38	Autres tumeurs du rétropéritoine à évolution imprévisible ou inconnue
E11.00	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec coma
E11.08	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec coma
E11.10	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec acidocétose
E11.18	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec acidocétose
E11.20	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications rénales
E11.28	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications rénales
E11.30	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications oculaires
E11.38	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications oculaires

Retour sommaire

E11.40	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications neurologiques
E11.48	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications neurologiques
E11.50	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications vasculaires périphériques
E11.58	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques
E11.60	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec autres complications précisées
E11.68	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec autres complications précisées
E11.70	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications multiples
E11.78	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications multiples
E11.80	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications non précisées
E11.88	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications non précisées
E11.90	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, sans complication
E11.98	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, sans complication
E66.00	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité due à un excès calorique de l'enfant
E66.01	Obésité due à un excès calorique de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.02	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.03	Surpoids dû à un excès calorique, de l'adulte ou de l'enfant
E66.09	Obésité due à un excès calorique de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.10	Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité médicamenteuse de l'enfant
E66.11	Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.12	Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.13	Surpoids médicamenteux de l'adulte ou de l'enfant
E66.19	Obésité médicamenteuse de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.20	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m²
E66.21	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.22	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.29	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.80	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou autres obésités de l'enfant
E66.81	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²

Retour sommaire

E66.82	Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.83	Autres surpoids de l'adulte ou de l'enfant
E66.89	Autres obésités de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.90	Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m², ou obésité sans précision de l'enfant
E66.91	Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²
E66.92	Obésité sans précision de l'adulte, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.93	Surpoids de l'adulte ou de l'enfant, sans précision
E66.99	Obésité sans précision de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E83.50	Hypercalcémie supérieure à 3 millimoles [mmol] par litre
E83.51	Hypocalcémie inférieure à 1,5 millimoles [mmol] par litre
E83.58	Anomalies du métabolisme du calcium, autres et sans précision
E87.00	Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre
E87.08	Hyperosmolarités et hypernatrémies, autres et sans précision
E87.10	Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre
E87.18	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision
E87.50	Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre
E87.58	Hyperkaliémies, autres et sans précision
E87.60	Hypokaliémie inférieure à 2,5 millimoles [mmol] par litre
E87.68	Hypokaliémies, autres et sans précision
G81.00	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.01	Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures
G81.08	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G83.8+0	Syndrome de déafférentiation motrice [*locked-in syndrome*]
G83.8+8	Autres syndromes paralytiques précisés, non classés ailleurs
H32.00*	Rétinite à cytomégalovirus (B25.8†)
H32.01*	Rétinite à *Toxoplasma* (B58.0†)
H32.08*	Affections choriorétiniennes au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
I20.0+0	Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
I21.00	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I21.000	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.08	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I21.10	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I21.100	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.18	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I21.20	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale
I21.200	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.28	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, autres prises en charge
I21.30	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale

Retour sommaire

I21.300	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.38	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge
I21.40	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale
I21.400	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.48	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge
I21.90	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale
I21.900	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.98	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge
I22.00	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I22.000	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.08	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I22.10	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I22.100	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.18	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I22.80	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale
I22.800	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.88	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, autres prises en charge
I22.90	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale
I22.900	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.98	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, autres prises en charge
~~I98.20*~~	~~Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, hémorragiques~~
~~I98.29*~~	~~Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, non hémorragiques ou sans précision~~
NB : l'emploi des codes I98.20 et I98.29 n'est plus possible depuis 2011. Il faut employer les codes des libellés créés par l'OMS en 2009 : respectivement I98.3* *Varices œsophagiennes hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs* et I98.2* *Varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs*	
J96.1+0	Insuffisance respiratoire chronique obstructive
J96.1+1	Insuffisance respiratoire chronique restrictive
J98.60	Paralysie du diaphragme
J98.68	Autres maladies du diaphragme
K23.80*	Œsophagite herpétique (B00.8†)
K23.81*	Œsophagite à *Candida* (B37.8†)
K23.88*	Atteintes de l'œsophage au cours de maladies classées ailleurs, autres
K63.5+0	Polypose (colique) hyperplasique
K63.5+8	Polype du côlon, autre et non précisé
K86.1+0	Pancréatite chronique héréditaire
K86.1+8	Pancréatites chroniques, autres et non précisées
K87.00*	Cholangite à cytomégalovirus (B25.8†)
K87.08*	Atteintes de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.80*	Atteintes de la cavité buccale au cours de maladies classées ailleurs
K93.81*	Atteintes de l'estomac au cours de maladies classées ailleurs
K93.82*	Atteintes de l'intestin au cours de maladies classées ailleurs

Retour sommaire

K93.820*	Colite à cytomégalovirus (B25.8†)
K93.828*	Atteintes de l'intestin au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.83*	Atteintes du rectum au cours de maladies classées ailleurs
K93.830*	Infection du rectum par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.838*	Atteintes du rectum au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.84*	Atteintes de l'anus au cours de maladies classées ailleurs
K93.840*	Infection de l'anus par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.848*	Atteintes de l'anus au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.88*	Atteintes d'organes digestifs précisés autres, au cours de maladies classées ailleurs
L51.20	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané égal ou supérieur à 30% (de la surface du corps)
L51.29	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané inférieur à 30% (de la surface du corps) ou sans précision
M62.8–0	Rhabdomyolyse, siège non précisé
M62.8–8	Autres atteintes musculaires précisées, non classées ailleurs, siège non précisé
N01.70	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N01.79	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, autre et sans précision
N02.00	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.09	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
N02.10	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.19	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.10	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.19	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.30	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.39	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, autre et sans précision
N03.80	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.89	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions morphologiques, autre et sans précision
N04.00	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N04.09	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
P36.00	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.09	Infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.10	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.19	Infection du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.20	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.29	Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.30	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.39	Infection du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.40	Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli
P36.49	Infection du nouveau-né à Escherichia coli
P36.50	Sepsis du nouveau-né due à des anaérobies

Retour sommaire

P36.59	Infection du nouveau-né due à des anaérobies
P36.80	Autres sepsis du nouveau-né
P36.89	Autres infections bactériennes du nouveau-né
P36.90	Sepsis du nouveau-né, sans précision
P36.99	Infection bactérienne du nouveau-né, sans précision
Q18.00	Kyste de la queue du sourcil
Q18.08	Autres fissures, fistules et kystes d'origine branchiale
R26.30	État grabataire[5]
R26.38	Immobilité, autre et sans précision
R40.10	État paucirelationnel
R40.18	Stupeur, autre et sans précision
	Comprend : semicoma [coma vigile]
R40.20	État végétatif chronique
R40.28	Coma, autre et sans précision
	Comprend : perte de conscience SAI ***À l'exclusion de :*** syncope, évanouissement, perte de connaissance (R55)
R47.00	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
R47.01	Aphasie récente, régressive dans les 24 heures
R47.02	Aphasie, autre et sans précision
R47.03	Dysphasie
R48.10	Hémiasomatognosie
	Comprend : héminégligence
R48.18	Agnosie, autre et sans précision
R52.10	Douleur neuropathique
R52.18	Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées
R53.+0	Altération [baisse] de l'état général
R53.+1	Malaise
	À l'exclusion de : avec perte de connaissance (R55) lipothymie (R55)
R53.+2	Fatigue [asthénie]
R54.+0	Syndrome de glissement (sénile)
R54.+8	Autres états de sénilité sans mention de psychose
S25.80	Lésion traumatique de la veine azygos
S25.88	Lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins précisés du thorax
S37.800	Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.808	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.810	Lésion traumatique de la glande surrénale, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.818	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S38.10	Écrasement de la fesse
S38.18	Écrasement d'autres parties précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S38.19	Écrasement de parties non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S47.+0	Écrasement de la région scapulaire
S47.+8	Écrasement de parties autres et non précisées de l'épaule et du bras
T31.30	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.31	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps

[5] Sa définition est donnée à la suite du tableau.

Retour sommaire

T31.40	Brulures du premier degré, ou dont le degré n’est pas précisé, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.41	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.50	Brulures du premier degré, ou dont le degré n’est pas précisé, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T31.51	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T68.+0	Hypothermie, température corporelle égale ou inférieure à 32°C
T68.+8	Hypothermie, température corporelle supérieure à 32°C ou non précisée
T81.30	Éviscération postopératoire
T81.38	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
T85.50	Complication mécanique due à un dispositif implantable périgastrique de gastroplastie pour obésité
T85.58	Complication mécanique due à d’autres prothèses, implants et greffes gastro-intestinaux
T86.00	Rejet d’une greffe de moelle osseuse par l’hôte
T86.01	Réaction aigüe d’un greffon de moelle osseuse contre l’hôte
T86.02	Réaction chronique d’un greffon de moelle osseuse contre l’hôte
T86.09	Rejet d’une greffe de moelle osseuse, SAI
T86.80	Échec et rejet de greffe d’intestin
T86.81	Échec et rejet de greffe de pancréas
T86.82	Échec et rejet de greffe de poumon
T86.83	Échec et rejet de greffe de cornée
T86.84	Échec et rejet de greffe d’os
T86.85	Échec et rejet de greffe de peau
T86.88	Autres échecs et rejets de greffe
Z04.800	Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée
Z04.801	Examen et mise en observation pour poly(somno)graphie
Z04.802	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire
Z04.880	Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées
Z13.50	Examen spécial de dépistage des affections des yeux
Z13.51	Examen spécial de dépistage des affections des oreilles
Z37.10	Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.11	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.30	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.31	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.40	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.41	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.60	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.61	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.70	Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.71	Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Retour sommaire

Z39.00	Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé
Z39.08	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z41.80	Intervention *de confort*
Z41.88	Autres thérapies sans raison médicale, non classées ailleurs
Z45.80	Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire
	Comprend : sonde urétérale *double J*
	À l'exclusion de : sonde (urétro)vésicale (Z46.6)
Z45.81	Ajustement et entretien d'une prothèse interne génitale
	À l'exclusion de : surveillance d'un dispositif contraceptif (intra-utérin) (Z30.5)
Z45.82	Ajustement et entretien d'une prothèse intraoculaire
	À l'exclusion de : mise en place et ajustement d'un œil artificiel (Z44.2)
Z45.83	Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures
	Comprend : prothèse phonatoire œsotrachéale, larynx artificiel
Z45.84	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central
	Comprend : dérivation du liquide cérébrospinal [liquide céphalorachidien], électrodes intracrâniennes
Z45.88	Ajustement et entretien d'autres prothèses internes précisées
Z47.80	Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction ***Comprend :*** changement, vérification ou enlèvement d'appareil externe de fixation ou de traction
Z47.88	Autres soins de contrôle orthopédiques NCA ***Comprend :*** changement, vérification ou enlèvement d'un appareil de contention ou d'immobilisation externe [plâtre, orthèse]
Z49.20	Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA]
	Comprend : séance de dialyse péritonéale continue cyclique [DPCC]
Z49.21	Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]
Z51.00	Préparation à une radiothérapie
Z51.01	Séance d'irradiation
Z51.30	Séance de transfusion de produit sanguin labile
Z51.31	Séance d'aphérèse sanguine
Z51.80	Séance d'oxygénothérapie hyperbare
Z51.88	Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
Z52.80	Donneuse d'ovocytes
Z52.88	Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs
~~Z74.00~~	~~État grabataire~~
NB : lors de la mise à jour de la CIM–10 de 2009, l'OMS a créé une souscatégorie R26.3 *Immobilité* qui comprend l'état grabataire. L'ATIH a créé l'extension R26.30 pour ce dernier. Les deux codes R26.30 et Z74.00 sont restés également utilisables jusqu'en 2010, l'abandon de Z74.00 et l'emploi R26.30 étant néanmoins recommandés. Depuis 2011 l'utilisation de Z74.00 n'est plus possible, seul R26.30 peut être employé	
Z75.80	Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte
Z75.88	Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs
Z76.800	Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire
Z76.850	Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium
Z76.880	Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs
Z80.00	Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif
Z80.01	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z80.02	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la rate

Retour sommaire

Z80.09	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z80.20	Antécédents familiaux de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z80.21	Antécédents familiaux de tumeur maligne du cœur
Z80.28	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z80.29	Antécédents familiaux de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z80.800	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système nerveux
Z80.801	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'œil
Z80.802	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z80.803	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z80.804	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z80.805	Antécédents familiaux de tumeur maligne des glandes endocrines
Z80.880	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres localisations
Z83.50	Antécédents familiaux de maladies des organes de la vue
Z83.51	Antécédents familiaux de maladies des organes de l'audition
Z83.70	Antécédents familiaux de maladies du tube digestif
Z83.71	Antécédents familiaux de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z83.72	Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents
Z83.79	Antécédents familiaux de maladies de l'appareil digestif, sans précision
Z84.20	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil urinaire
Z84.21	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil génital
Z84.22	Antécédents familiaux de maladies du sein
Z84.80	Antécédents familiaux de tumeur non maligne
Z84.88	Antécédents familiaux d'autres affections non classées ailleurs
Z85.00	Antécédents personnels de tumeur maligne du tube digestif
Z85.01	Antécédents personnels de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z85.02	Antécédents personnels de tumeur maligne de la rate
Z85.09	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z85.20	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z85.21	Antécédents personnels de tumeur maligne du cœur
Z85.28	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z85.29	Antécédents personnels de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z85.800	Antécédents personnels de tumeur maligne du système nerveux
Z85.801	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'œil
Z85.802	Antécédents personnels de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z85.803	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z85.804	Antécédents personnels de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z85.805	Antécédents personnels de tumeur maligne des glandes endocrines
Z85.880	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres localisations
Z86.000	Antécédents personnels de tumeur non maligne du système nerveux
Z86.001	Antécédents personnels de tumeur non maligne du tube digestif
Z86.002	Antécédents personnels de tumeur non maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z86.003	Antécédents personnels de tumeur non maligne du sein
Z86.004	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la peau

Retour sommaire

Z86.005	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la vessie
Z86.080	Antécédents personnels de tumeur non maligne d'autres localisations
Z86.090	Antécédents personnels de tumeur non maligne sans précision
Z86.60	Antécédents personnels d'accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
Z86.61	Antécédents personnels d'autres maladies du système nerveux
Z86.62	Antécédents personnels de maladies des organes de la vue
Z86.63	Antécédents personnels de maladies des organes de l'audition
Z86.70	Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires
Z86.71	Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques et autres maladies de l'appareil circulatoire
Z87.00	Antécédents personnels de maladies des voies respiratoires supérieures
Z87.01	Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil respiratoire
Z87.09	Antécédents personnels de maladies de l'appareil respiratoire sans précision
Z87.10	Antécédents personnels de maladies de la bouche et des dents
Z87.11	Antécédents personnels de maladies du tube digestif
Z87.12	Antécédents personnels de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z87.19	Antécédents personnels de maladies de l'appareil digestif sans précision
Z87.40	Antécédents personnels de maladies de l'appareil urinaire
Z87.41	Antécédents personnels de maladies de l'appareil génital
Z87.42	Antécédents personnels de maladies du sein
Z87.80	Antécédents personnels de lésion traumatique intracrânienne
Z87.81	Antécédents personnels de traumatisme des membres et du bassin
Z87.82	Antécédents personnels de traumatismes autres et non précisés
Z87.83	Antécédents personnels d'intoxication
Z87.88	Antécédents personnels d'autres états précisés
Z91.50	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
Z91.58	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
Z94.80	Greffe de moelle osseuse
Z94.800	Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques
~~Z94.801~~	~~Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques~~
Z94.801 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques* est devenu inutilisable à partir de 2012 en raison de la création de Z94.809 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision* pour tenir compte de la création des extensions Z94.802, Z94.803 et Z94.804.	
Z94.802	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté
Z94.803	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté
Z94.804	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté
Z94.809	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision
Z94.81	Greffe de pancréas
Z94.82	Greffe d'intestin
Z94.88	Greffe d'organes et de tissus, autres
Z95.80	Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique ***Comprend :*** suites d'une angioplastie périphérique SAI
Z95.88	Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA
	Comprend : présence d'une prothèse intravasculaire NCA
Z99.1+0	Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1	Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8	Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen

Retour sommaire

Z99.2+0	Dépendance envers une hémodialyse (rénale)
Z99.2+1	Dépendance envers une dialyse péritonéale
Z99.2+8	Dépendance envers une autre dialyse rénale

H2) Définitions et codage de certains états morbides avec la CIM-10

H2.1) DÉPENDANCE ENVERS DES MACHINES ET APPAREILS AUXILIAIRES

Est dépendante envers une machine ou un appareil une personne atteinte d'une affection chronique dont la survie est subordonnée à l'utilisation régulière et durable de ce matériel. C'est en ce sens que doit être comprise l'utilisation des codes de la catégorie Z99.– *Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs*. Ils ne peuvent pas être employés pour mentionner l'utilisation d'un matériel de ce type en phase aigüe : par exemple, Z99.0 *Dépendance envers un aspirateur* ou Z99.1 *Dépendance envers un respirateur* ne doivent pas servir à mentionner l'utilisation de ces matériels chez un patient sous ventilation mécanique pour insuffisance respiratoire aigüe, Z99.2 *Dépendance envers une dialyse rénale* ne peut pas repérer les séjours des patients dialysés pour insuffisance rénale aigüe.

H2.2) DIABÈTE DE TYPE 2 TRAITÉ PAR INSULINE

Des extensions des codes de la catégorie E11 *Diabète sucré non insulinodépendant* de la CIM–10 ont été créées en 2011 pour distinguer les diabètes de type 2 (« non insulinodépendants ») traités par voie orale et ceux nécessitant un traitement par insuline (diabètes de type 2 dits *insulinonécessitant, insulinorequérant, insulinotraité*.

Les codes étendus correspondant à ces derniers sont ceux possédant le chiffre « 0 » en cinquième position du code : E11.00 *Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec coma,* E11.10 *Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec acidocétose,* E11.20 *Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications rénales* […] E11.90 *Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, sans complication*. Ces codes sont réservés au diabète de type 2 insulinotraité **au long cours**. Ils ne doivent pas être employés lorsqu'un évènement ponctuel exige, pendant une hospitalisation, un bref remplacement d'un traitement antidiabétique oral par l'insuline, par exemple pour une anesthésie.

H2.3) EMPLOI DES CODES DU GROUPES B95-B98

Ces codes ne doivent être utilisés qu'en position de DA. Leur usage doit être conforme à leur intitulé. Ils sont donc réservés aux cas dans lesquels une infection est présente, infection classée dans un chapitre distinct du chapitre I (CIM–10, vol. 2, § 4.4.4). La rubrique de l'infection s'accompagne souvent d'une note signalant la possibilité d'association : « Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (B95–B97[6]) pour identifier l'agent infectieux ». *Par exemple* :

- endocardite subaigüe à streptocoques D : I33.0, B95.2 ;
- sinusite maxillaire chronique à *Hæmphilus influenzæ* : J32.0, B96.3 ;
- abcès cutané à *Staphylococcus aureus* : L02.–, B95.6 ;
- ostéite à *Staphylococcus aureus* : M86.–, B95.6 ;
- pyélonéphrite aigüe à *Escherichia coli* : N10, B96.2 ;
- ascite infectée à *Escherichia coli* : R18, B96.2.

[6] L'approbation de la création de la catégorie B98 par l'OMS étant postérieure à la plus récente édition de la CIM–10, la note n'a pas pu en tenir compte.

Retour sommaire

En l'absence d'infection, une colonisation (« portage sain ») est codée avec la catégorie Z22.– *Sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse*.

H2.4) ÉTAT GRABATAIRE

Son codage (R26.30) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ».

NB : c'est la conjonction « et » – non « ou » – qui lie les différents besoins. Le mot maladie est aussi essentiel ; sont ainsi exclus les états qui correspondent transitoirement à la définition (par exemple dans les suites d'une intervention chirurgicale), mais tels que « l'état grabataire » n'existait pas avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaitre à leur terme.

H2.5) INFARCTUS DU MYOCARDE (PRISE EN CHARGE INITIALE)

On réserve les codes de prise en charge dite « initiale » aux situations de première prise en charge thérapeutique à la phase aigüe de l'infarctus. En conséquence, les extensions correspondant aux prises en charge initiales n'ont à priori pas lieu d'être employées en HAD.

H2.6) HYPOTENSION ET BAISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE

La CIM–10 distingue deux modalités de codage des baisses de la pression intraartérielle [tension artérielle]. Elles correspondent à deux conditions très différentes de diagnostic :

1°) **une baisse de la pression intra-artérielle** peut être un signe d'accompagnement de diverses maladies, ou une « découverte fortuite isolée », qui ne permet pas de porter le diagnostic de maladie hypotensive chronique. Dans les deux circonstances, cette chute tensionnelle est qualifiée par la CIM–10 de « non spécifique » : elle doit alors être codée **R03.1** *Constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle*. Elle répond en effet aux critères qui conduisent à utiliser le chapitre XVIII qui contient les signes et symptômes « a) […] pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant ; b) […] existant lors de la première consultation, qui se sont avérés être transitoires et dont les causes n'ont pu être déterminées ; c) [se rapportant] aux diagnostics provisoires chez un malade qui n'est pas revenu pour d'autres investigations ou soins […] ». L'utilisation du code R03.1 suit ainsi la logique exposée dans la note placée sous le libellé *Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension* (R03.0) : par analogie, on doit considérer que « cette catégorie [R03.1] doit être utilisée pour enregistrer soit un épisode [hypotensif] chez un malade pour lequel aucun diagnostic formel d'[hypotension] n'a été porté, soit une découverte fortuite isolée » ;

2°) *a contrario*, l'**hypotension artérielle** qualifiée d'idiopathique ou d'orthostatique est une maladie chronique invalidante, nécessitant habituellement un traitement prolongé. Son diagnostic repose sur la constatation répétée d'une baisse des pressions diastolique et systolique, mesurées dans des conditions rigoureuses. Les codes **I95.0** *Hypotension idiopathique*, **I95.1** *Hypotension orthostatique* et **I95.8** *Autres hypotensions* ne doivent être employés que devant un diagnostic établi de maladie hypotensive chronique (sauf si elle s'intègre dans un ensemble de troubles neurovégétatifs et neurologiques, constituant alors le syndrome de Shy et Drager, code **G90.3** *Dégénérescence disséminée (système nerveux autonome)*).

Remarque : La même argumentation conduit à distinguer la maladie hypertensive (I10 *Hypertension essentielle (primitive)*) et l'élévation « non spécifique » de la pression intraartérielle (R03.0 *Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension*).

Retour sommaire

H2.7) INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE

L'insuffisance rénale fonctionnelle est une altération de la fonction rénale, habituellement passagère et curable. Conséquence d'une diminution de la perfusion rénale, elle peut être secondaire à une hypovolémie, une hypotension ou une cause iatrogène. Elle représente une forme particulière d'insuffisance rénale aigüe dont la cause n'est ni une atteinte organique du rein ni un obstacle des voies excrétrices. Elle est qualifiée de ***prérénale*** ou d'***extrarénale***.

Conformément à la note d'exclusion placée dans le volume 1 de la CIM–10 sous le titre du groupe N17–N19 *Insuffisance rénale*, l'insuffisance rénale fonctionnelle doit donc être codée **R39.2** *Urémie extrarénale*. L'absence de lésion du parenchyme rénal invalide la consigne jusqu'ici donnée de la coder N17.8 *Autres insuffisances rénales aigües*. La catégorie N17.– doit être réservée au codage des insuffisances rénales aigües avec atteinte organique du tissu rénal.

H2.8) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

L'utilisation du code **J96.0** *Insuffisance respiratoire aigüe* nécessite que le dossier comporte la mention d'une insuffisance ou d'une décompensation respiratoire aigüe, ou d'une détresse respiratoire, et la constatation au cours du séjour d'une saturation artérielle en oxygène (SaO_2) inférieure à 90 % ou d'une pression partielle dans le sang artériel (PaO_2) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant. Le critère gazométrique ne s'impose pas en cas de ventilation artificielle. L'utilisation du code **J96.1** *Insuffisance respiratoire chronique* nécessite que le dossier mentionne l'existence d'une insuffisance respiratoire chronique, ou d'une affection respiratoire chronique, et d'une PaO_2 inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant de manière prolongée.

H2.9) MALNUTRITION, DÉNUTRITION

La CIM–10 classe les états de malnutrition dans le groupe **E40–E46** : E40 *Kwashiorkor*, E41 *Marasme nutritionnel*, E42 *Kwashiorkor avec marasme,* E43 *Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision* ; E44.0 *Malnutrition protéinoénergétique modérée* ; E44.1 *Malnutrition protéinoénergétique légère* ; E46 *Malnutrition sans précision*[7]. Elle range sous le terme générique de **malnutrition**[8] un groupe d'affections résultant d'une carence d'apport ou d'une désassimilation protéinoénergétique : on doit donc l'entendre dans le sens restreint de dénutrition.

Dans un rapport publié en septembre 2003[9], l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en a donné une définition : « la **dénutrition protéinoénergétique** résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéinoénergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraine des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. » Cette définition distingue clairement « l'amaigrissement […] de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale » et sa nature éventuellement volontaire.

Dans le même rapport, l'ANAES a établi les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique des adultes hospitalisés, tous âges confondus. Elle a en effet estimé que la définition fournie par la CIM–10, reposant sur des critères statistiques, « n'est pas opérationnelle en l'absence de données représentatives de la distribution du poids par tranche d'âge et par sexe […] en France. » La Haute Autorité de santé (HAS) a révisé les critères permettant d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée dans un rapport publié en avril 2007[10]. Ces critères sont ici résumés.

---

[7] Auxquels s'ajoute O25 *Malnutrition au cours de la grossesse.*

[8] Cet anglicisme désigne de fait tout trouble lié à un déséquilibre alimentaire, aussi bien en défaut qu'en excès.

[9] ANAES. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Septembre 2003.

[10] HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007.

Retour sommaire

1) Le diagnostic de **dénutrition** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants :

DÉNUTRITION	
Patients âgés de moins de 70 ans	**Patients âgés de 70 ans et plus**
• perte de poids égale ou supérieure à 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • indice de masse corporelle (IMC) inférieur ou égal à 17 kg/m² ; • si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire : – albuminémie inférieure à 30 g/l ; – préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 110 mg/l.	• perte de poids égale ou supérieure à 5 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois ; • IMC inférieur à 21 kg/m^2 ; • albuminémie inférieure à 35 g/l[11].

2) Le diagnostic de **dénutrition sévère** repose sur la présence d'au moins un des critères suivants :

DÉNUTRITION SÉVÈRE	
Patients âgés de moins de 70 ans	**Patients âgés de 70 ans et plus**
• perte de poids égale ou supérieure à 15 % en 6 mois, ou égale ou supérieure à 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ; • si le dosage est réalisé et en l'absence de syndrome inflammatoire : – albuminémie inférieure à 20 g/l, – préalbuminémie (transthyrétinémie) inférieure à 50 mg/l.	• perte de poids égale ou supérieure à 10 % en 1 mois, ou égale ou supérieure à 15 % en 6 mois ; • IMC inférieur à 18 kg/m2 ; • albuminémie inférieure à 30 g/l.

L'emploi des codes CIM-10 E40 à E46 doit se fonder sur ces critères[12].

H2.10) OEDÈME PULMONAIRE

Les dénominations « œdème pulmonaire », « œdème aigu pulmonaire », « OAP », correspondent à une insuffisance ventriculaire [insuffisance cardiaque] gauche. Leur code est **I50.1** *Insuffisance ventriculaire gauche.* Il s'agit d'une affection fréquente relevant d'une prise en charge *cardiologique*. La cause de l'œdème pulmonaire est cardiaque, d'où son classement dans le chapitre IX de la CIM–10 avec les maladies cardiaques.

En revanche, l'entité classée par la CIM–10 à J81 *Œdème pulmonaire* correspond à une affection différente, peu fréquente, couramment désignée non pas par « œdème pulmonaire » mais par « *œdème pulmonaire lésionnel* », et dont le traitement relève d'une unité de *réanimation*. L'œdème pulmonaire lésionnel codé J81 est une maladie dans laquelle le cœur n'a pas de responsabilité (d'où sa désignation parfois, pour la distinguer, par œdème

[11] L'interprétation du dosage doit tenir compte de l'état inflammatoire.

[12] L'emploi des catégories E40, E41 et E42 ne peut être qu'exceptionnel en France.

Retour sommaire

pulmonaire « non cardiogénique » ou œdème pulmonaire « non hémodynamique »), c'est pourquoi l'œdème pulmonaire lésionnel est classé dans le chapitre X de la CIM–10 avec les maladies de l'appareil respiratoire.

On doit donc coder **I50.1** *Insuffisance ventriculaire gauche* tout œdème pulmonaire ou œdème aigu du poumon [OAP] et réserver **J81** *Œdème pulmonaire* aux seuls cas pour lesquels est donnée la précision « lésionnel ».

H2.11) RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

L'emploi des **codes U80–U89** *Agents bactériens résistant aux antibiotiques* doit respecter deux conditions :

1. la résistance doit être mentionnée dans le compte rendu du laboratoire de bactériologie (résistance à un antibiotique, ou multirésistance). Le code U80.1 *Agents résistants à la méthicilline* n'a lieu d'être mentionné dans le RPSS qu'en cas d'infection par le staphylocoque doré [*Staphylococcus aureus*] ;
2. le patient doit être atteint d'une infection. Une colonisation (portage sain) n'autorise pas l'emploi des codes U80–U89. La CIM–10 indique en effet : « Ces catégories [...] sont fournies comme codes supplémentaires pour identifier l'antibiotique auquel un agent bactérien est résistant, **au cours d'infections** classées ailleurs ».

Exemples :

- pneumonie à pneumocoque résistant à la pénicilline : J13, U80.0 ;
- endocardite à entérocoque multirésistant : I33.0, B95.2, U88 ;
- colonisation nasale par *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline : on utilise le code Z22.8 S*ujet porteur d'autres maladies infectieuses* ; il ne doit être enregistré ni un code B95.6 S*taphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* ni un code U80.1 A*gents résistant à la méthicilline* car il ne s'agit pas d'une infection mais d'une colonisation.

Retour sommaire

Appendice I – Cotation de la dépendance selon la grille PMSI des activités de la vie quotidienne

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle apprécie la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante jugée par un observateur qui n'est pas le patient. Cette grille n'est pas un instrument de mesure de la dépendance du patient ni de la charge en soins du soignant.

I1) SIX VARIABLES DE DÉPENDANCE

L'appréciation de la dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des **six variables** suivantes :

Variables ou dimensions de dépendance (nombre d'actions évaluées)	
Habillage (2) ou toilette (2) : *cf.* I4.1	Continence (2) : *cf.* I4.4
Déplacements et locomotion (5) : *cf.* I4.2	Comportement (1) : *cf.* I4.5
Alimentation (3) : *cf.* I4.3	Relation et communication (2) : *cf.* I4.6

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs *actions* de la vie quotidienne (AVQ). Par exemple la toilette inclut deux actions : faire la toilette du haut du corps et faire la toilette du bas du corps.

I2) QUATRE NIVEAUX DE COTATION POUR CHAQUE DIMENSION

Chaque variable/dimension de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants (niveau croissant de dépendance) :

1 Indépendance
Complète : le patient est totalement autonome.
Modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maitrise parfaitement ; ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ; ou il le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement
La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.
À l'exception de : mise en place ou ablation d'une orthèse ou d'une prothèse.

3 Assistance partielle
Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale
Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

Retour sommaire

Tableau récapitulatif entre la cotation et le niveau de dépendance

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

I3) PRINCIPES DE COTATION

Cette grille de dépendance reprend en grande partie le chapitre « dépendance » du guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés du PMSI en SSR (BO n° 97/5 bis). **Elle a toutefois subi des adaptations dues aux particularités des patients pris en charge en HAD, dont la plus notable est le choix laissé à l'observateur entre les variables *habillage* et *toilette***. Il en résulte une grille de dépendance élaborée dans l'optique de l'HAD, *pour laquelle il n'existe pas de table de transcodage validée avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance*.

Les trois principes de cotation sont les suivants :

Principe	Contenu et exemples
1	Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la séquence observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques ; *Exemple : si un patient refuse de s'habiller ou de se laver seul le bas du corps, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour la toilette du bas du corps est 4.*
2	Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparait que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance ; *Exemple : le patient se lave seul le haut du corps et demande seulement de l'aide pour le dos ; en revanche il est incapable de se laver la moitié inférieure du corps ; dans ce cas l'action toilette du haut du corps est cotée 3 et l'action toilette du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable toilette*
3	Si pour une action il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), coter 4

Retour sommaire

I4) PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

I4.1 L'HABILLAGE OU LA TOILETTE

On cotera l'habillage lorsque le patient s'habille ou est habillé par l'équipe d'HAD. Dans le cas contraire on cotera la toilette.

L'HABILLAGE inclut **deux actions** :

- *l'habillage du haut du corps* : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant ;
- *l'habillage du bas du corps* : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant.

L'HABILLAGE ET SA COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée
Le patient s'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle[13], peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse OU requiert une adaptation pour mettre ou attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement
Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle
Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale
Le patient nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

LA TOILETTE inclut **deux actions** :

- *la toilette du haut du corps* : se laver au-dessus de la taille, se raser et se coiffer ;
- *la toilette du bas du corps* : se laver les régions intimes, les membres inférieurs et les pieds.

L'installation sanitaire dont dispose le patient (salle de bains, douche…) n'entre pas dans l'évaluation : on peut se laver et être propre sans disposer d'une baignoire ou d'une douche. Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu : on se situe dans le cadre de l'hygiène corporelle, non dans celui de la recherche esthétique.

[13] Suppose une réalisation spontanée, sans besoin de présence, suggestion ni stimulation.

Retour sommaire

LA TOILETTE ET SA COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée
Le patient fait sa toilette seul et correctement en prenant les accessoires nécessaires à leur place habituelle (gant, serviette, savonnette, rasoir…). Peut se laver les dents, se raser, se laver le dos (si besoin avec l'aide d'une brosse munie d'un manche), se coiffer OU requiert une adaptation pour les gestes fins : manipulation de la brosse à dents, du dentifrice, du rasoir… OU prend plus de temps que la normale

2 Supervision ou arrangement
Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (ouverture du tube de dentifrice, préparation du rasoir ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle
Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale
Le patient a besoin d'une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

I4.2 LES DÉPLACEMENTS ET LA LOCOMOTION

Ils incluent **cinq actions** :

- *les transferts lit-chaise-fauteuil roulant* : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement ;

- *les transferts aux toilettes* : s'asseoir et se relever du siège des toilettes ;

- *les transferts à la baignoire ou à la douche* : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche ;

- *la locomotion* : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité ;

- *l'utilisation des escaliers* : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).

Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

Retour sommaire

LES DÉPLACEMENTS & LA LOCOMOTION ET LEUR COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied) OU nécessite une supervision pour parcourir 45m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou pour monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle

Le patient nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale

Le patient nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

I4.3 L'ALIMENTATION

Elle inclut **trois actions** nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- *l'utilisation des ustensiles réguliers* pour porter les aliments à la bouche ;
- *la mastication* ;
- *la déglutition* (avaler la bouchée ou la gorgée).

L'ALIMENTATION ET SA COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée

Le patient mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments à consistance modifiée. Si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

Le patient requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

→

ALIMENTATION ET SA COTATION / SUITE :

3 Assistance partielle
Le patient nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale
Le patient nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

I4.4 LA CONTINENCE

Elle inclut **deux actions** :

- *le contrôle de la miction* : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle ;
- *le contrôle de la défécation* : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

LA CONTINENCE ET SA COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée
Le patient contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;

- fécale : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments, poche de stomie.

2 Supervision ou arrangement :
Le patient requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3 Assistance partielle
Le patient nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4 Assistance totale
Le patient nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Retour sommaire

Remarque :

a) Pour un patient porteur d'une *sonde à demeure*, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1 ;
- si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2 ;
- si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

b) Pour un patient porteur d'un *système de stomie*, c'est la gestion de ce système qui est évaluée (cotation : *cf.* ci-dessus).

I4.5 LE COMPORTEMENT

Il inclut **une action** :

- *l'interaction sociale*, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

LE COMPORTEMENT ET SA COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée
Le patient se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médications pour garder le contrôle.

2 Supervision
Le patient requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle
Le patient ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale
Le patient se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la *démence* ou *toute autre affection mentale* du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes de la CIM–10 (*cf.* appendice H).

Retour sommaire

I4.6 RELATION ET COMMUNICATION

Elles incluent **deux actions** :

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;
- *l'expression claire du langage verbal et non verbal*.

RELATION, COMMUNICATION ET LEUR COTATION :

1 Indépendance complète ou modifiée
Le patient comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision
Le patient requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc.).

3 Assistance partielle
Le patient ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 Assistance totale
Le patient ne s'exprime pas et/ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

I5) INTERPRÉTATION DU SCORE AVQ

Le score AVQ qui est la somme des scores des six dimensions cotées donne une *indication synthétique du degré d'autonomie / de dépendance* du patient au début du séjour et quand l'IK se modifie :

Valeur du score AVQ	Interprétation
≤ 6	Patient totalement autonome
7 - 12	Patient faiblement dépendant
13 - 18	Patient moyennement dépendant
19 - 24	Patient complètement dépendant

Retour sommaire

Appendice J – Fonction groupage HAD

Le ministère de la santé met à la disposition des intégrateurs informatiques le « noyau de programmation » nécessaire au groupage, sous la forme d'une librairie informatique appelée *fonction groupage* (FG). Concrètement c'est le **logiciel PAPRICA**[14] ou le **programme de groupage** (PdG HAD) des RPSS qui permettent l'anonymisation, le chaînage et le groupage des RPSS du séjour HAD.

Le groupage est le résultat du **double classement de chaque journée** du *résumé par sousséquence* (RPSS) dans un groupe homogène de prise en charge (**GHPC**) puis dans un groupe homogène de tarif (**GHT**). Pour que le groupage HAD puisse se faire, il est nécessaire que les informations clé du RPSS (ou informations tarifantes : MPP, MPA s'il y a lieu, IK, durée de la séquence[15]) soient correctement renseignées et cohérentes entre elles.

La constitution des RPSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire. Ces erreurs peuvent être de plusieurs ordres : de hiérarchisation, de codage, de saisie, etc., se traduisant par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, inconstante etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la détermination du GHT (absence du MPP par exemple), ou n'être que l'indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. En tout état de cause, la FG met en route un certain nombre de contrôles : contrôles préliminaires des RPSS transmis (par exemple, longueur incorrecte, numéros FINESS incohérents, caractère illicite, hors période, …), contrôles intraRPSS et contrôles complémentaires interRPSS.

A l'issue de ces contrôles et du groupage, la FG fournit non seulement le groupage du RPSS traité s'il a pu être effectué, mais aussi un (ou plusieurs) code(s), dit **code(s)-retour**, dont la(les) valeur(s) permet(tent) de savoir si une ou plusieurs erreurs ont été détectées. Pour chaque RPSS, les erreurs détectées par la FG et les erreurs complémentaires de séquencement sont enregistrées. Si une alerte/erreur est détectée par les contrôles de la FG, le code-retour lui correspond ; si plusieurs alertes/erreurs sont détectées, le code-retour correspond au N° minimum d'alerte/erreur détectée.

Hors erreurs d'implémentation (matériel, logiciel, mémoire, …), les erreurs de contrôles intra RPSS signalées par la FG sont classées en deux catégories : **les erreurs bloquantes et les « erreurs » non bloquantes**.

Les erreurs sont qualifiées de *bloquantes* lorsque le groupage du RPSS par la FG n'a pas pu être entièrement effectué, tandis que les « erreurs » non bloquantes ne sont pas à proprement parler des erreurs mais plutôt des *alertes* signalées par la FG. Le tableau suivant illustre par l'exemple quelques erreurs mises en évidence par la FG HAD à la lecture des RPSS et les codes-retour correspondants. La détection de telles erreurs/alertes, si elles sont bloquantes, interdit la poursuite du groupage mais autorise la poursuite de la détection d'autres erreurs/alertes, afin d'effectuer un diagnostic complet de la validité du RPSS traité : **toutes les erreurs intra RPSS et inter RPSS détectées par la FG sont enregistrées (*cf.* fichier LEG)**, **mais en cas d'erreurs multiples, seul le code-retour minimum sera affiché par PAPRICA**.

[14] *Cf.* : download.atih.sante.fr/index.php?lettre=P.

[15] La durée de la séquence est calculée à partir des dates de début et de fin de la séquence renseignées dans le RPSS.

Retour sommaire

Valeur du code-retour[16]	Variables du RPSS	Signification	Conséquence sur le groupage
000	-	Le groupage s'est bien déroulé	GHPC et GHT attribués
001	NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD	Absent ; erreur bloquante ; blocage complet de la *fonction groupage* (FG)	GHPC 9999, GHT 99
002	DATE DE NAISSANCE	Format incorrect, non renseigné ou incohérente (*exemple* : 02/14/1950) ; erreur bloquante; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
003	DATE DE NAISSANCE	Improbable par rapport à la date d'entrée ; erreur bloquante; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
025 ou 056	MPP, MPA	Association MPP x MPA erronée ; erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
105	MPP, MPA	En l'absence de confirmation de codage par exemple d'un MPP (01, 02, 06, 11, 12, 14, 17) seul, erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
517	MPA	*Alerte* : Association MPP x MPA non autorisée ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP et de l'IK
524	INDICE DE KARNOFSKY	*Alerte* : IK inférieur au seuil minimal défini pour cette combinaison MPP x MPA ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et du seuil minimal de l'IK
525	INDICE DE KARNOFSKY	*Alerte* : IK supérieur au seuil maximal défini pour cette combinaison MPP x MPA ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et de l'IK réel figurant dans le RPSS
530	MPP, MPA	*Alerte* : Association MPP x MPA inattendue, possiblement redondante ; erreur non bloquante ; le groupage s'est bien déroulé	GHPC, GHT attribué

La liste complète des codes-retours de la *fonction groupage* (FG), avec leur intitulé, figure dans le **manuel du logiciel PAPRICA** téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

[16] Les erreurs *bloquantes* engendrent le retour de codes dont les valeurs sont comprises entre 000 à 500 tandis que les « erreurs » *non bloquantes* ou *alertes* engendrent celui de codes retours supérieurs à 500.

Retour sommaire

Appendice K – Listes des codes de la CIM–10 pour l'identification du polyhandicap lourd

K1) Liste 1 : déficiences mentales ou psychiatriques sévères

F00.002	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, sans symptôme supplémentaire
F00.012	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes essentiellement délirants
F00.022	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.032	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.042	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes mixtes
F00.102	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, sans symptôme supplémentaire
F00.112	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement délirants
F00.122	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.132	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.142	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes mixtes
F00.202	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, sans symptôme supplémentaire
F00.212	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement délirants
F00.222	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.232	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.242	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes mixtesF00.902 Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptôme supplémentaire
F00.912	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement délirants
F00.922	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.932	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.942	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes mixtes
F01.002	Démence vasculaire sévère à début aigu, sans symptôme supplémentaire
F01.012	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes essentiellement délirants
F01.022	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.032	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.042	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes mixtes

Retour sommaire

F01.102	Démence sévère par infarctus multiples, sans symptôme supplémentaire
F01.112	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes essentiellement délirants
F01.122	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.132	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.142	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes mixtes
F01.202	Démence vasculaire sous-corticale sévère, sans symptôme supplémentaire
F01.212	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes essentiellement délirants
F01.222	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.232	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.242	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes mixtes
F01.302	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, sans symptôme supplémentaire
F01.312	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec symptômes essentiellement délirants
F01.322	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.332	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.342	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec d'autres symptômes, mixtes
F01.802	Autres formes de démence vasculaire sévère, sans symptôme supplémentaire
F01.812	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes essentiellement délirants
F01.822	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.832	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.842	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes mixtes
F02.002	Démence sévère de la maladie de Pick, sans symptôme supplémentaire
F02.012	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes essentiellement délirants
F02.022	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.032	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.042	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes mixtes
F02.102	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, sans symptôme supplémentaire
F02.112	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes essentiellement délirants
F02.122	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.132	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.142	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes mixtes
F02.202	Démence sévère de la maladie de Huntington, sans symptôme supplémentaire

Retour sommaire

F02.212	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes essentiellement délirants
F02.222	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.232	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.242	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes mixtes
F02.302	Démence sévère de la maladie de Parkinson, sans symptôme supplémentaire
F02.312	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement délirants
F02.322	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.332	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.342	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes mixtes
F02.402	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sans symptôme supplémentaire
F02.412	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes essentiellement délirants
F02.422	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.432	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.442	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes mixtes
F02.802	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, sans symptôme supplémentaire
F02.812	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes essentiellement délirants
F02.822	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.832	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.842	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes mixtes
F03.+02	Démence sévère, sans précision, sans symptômes supplémentaires
F03.+12	Démence sévère, sans précision, avec symptôme essentiellement délirants
F03.+22	Démence sévère, sans précision, avec symptôme essentiellement hallucinatoires
F03.+32	Démence sévère, sans précision, avec symptôme essentiellement dépressifs
F03.+42	Démence sévère, sans précision, avec symptôme mixtes
F72.1	Retard mental grave : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
F73.0	Retard mental profond : déficience du comportement absent ou minime
F73.1	Retard mental profond : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
F73.8	Retard mental profond : autres déficiences du comportement
F73.9	Retard mental profond : sans mention d'une déficience du comportement

Retour sommaire

K2) Liste 2 : troubles moteurs

G10	Chorée de Huntington
G11.0	Ataxie congénitale non progressive
G11.1	Ataxie cérébelleuse à début précoce
G11.2	Ataxie cérébelleuse tardive
G11.3	Ataxie cérébelleuse avec défaut de réparation de l'ADN
G11.4	Paraplégie spastique héréditaire
G11.8	Autres ataxies héréditaires
G11.9	Ataxie héréditaire, sans précision
G12.0	Amyotrophie spinale infantile, type I [Werdnig-Hoffman]
G12.1	Autres amyotrophies spinales héréditaires
G12.2	Maladies du neurone moteur
G12.8	Autres amyotrophies spinales et syndromes apparentés
G12.9	Amyotrophie spinale, sans précision
G14	Syndrome post poliomyélitique
G20	Maladie de Parkinson
G21.0	Syndrome malin des neuroleptiques
G21.1	Autres syndromes secondaires parkinsoniens dus à des médicaments
G21.2	Syndrome parkinsonien secondaire dû à d'autres agents externes
G21.3	Syndrome parkinsonien postencéphalitique
G21.4	Syndrome parkinsonien vasculaire
G21.8	Autres syndromes parkinsoniens secondaires
G21.9	Syndrome parkinsonien secondaire, sans précision
G22*	Syndrome parkinsonien au cours de maladies classées ailleurs
G23.0	Maladie de Hallervorden-Spatz
G23.1	Ophtalmoplégie supranucléaire progressive [maladie de Steele-Richardson-Olszewski]
G23.2	Dégénérescence striato-nigrique [nigrostriée]
G23.8	Autres maladies dégénératives précisées des noyaux gris centraux
G23.9	Maladie dégénérative des noyaux gris centraux, sans précision
G24.2	Dystonie idiopathique non familiale
G25.3	Myoclonie
G25.5	Autres chorées
G26*	Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité au cours d'affections classées ailleurs
G31.8	Autres affections dégénératives précisées du système nerveux
G32.0*	Dégénérescence combinée subaiguë de la moelle épinière au cours de maladies classées ailleurs
G32.8	Autres affections dégénératives précisées du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs
G37.-0	Sclérose diffuse
G37.1	Démyélinisation centrale du corps calleux
G37.2	Myélinolyse centropontine
G37.3	Myélite transverse aiguë au cours d'affections démyélinisantes du système nerveux central
G37.4	Myélite nécrosante subaiguë

Retour sommaire

G37.5	Sclérose concentrique [Baló]
G37.8	Autres affections démyélinisantes précisées du système nerveux central
G37.9	Affection démyélinisante du système nerveux central, sans précision
G60.0	Neuropathie héréditaire motrice et sensorielle
G60.1	Maladie de Refsum
G60.2	Neuropathie associée à une ataxie héréditaire
G60.3	Neuropathie progressive idiopathique
G60.8	Autres neuropathies héréditaires et idiopathiques
G60.9	Neuropathie héréditaire et idiopathique, sans précision
G71.0	Dystrophie musculaire
G71.1	Affections myotoniques
G71.2	Myopathies congénitales
G71.3	Myopathie mitochondriale, non classée ailleurs
G71.8	Autres affections musculaires primitives
G71.9	Affection musculaire primitive, sans précision
G80.0	Paralysie cérébrale spastique quadriplégique
G80.1	Paralysie cérébrale spastique diplégique
G80.2	Paralysie cérébrale spastique hémiplégique
G80.3	Paralysie cérébrale dyskinétique
G80.4	Paralysie cérébrale ataxique
G80.8	Autres paralysies cérébrales
G80.9	Paralysie cérébrale, sans précision
G81.08	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G81.1	Hémiplégie spastique
G81.9	Hémiplégie, sans précision
G82.0	Paraplégie flasque
G82.1	Paraplégie spastique
G82.2	Paraplégie, sans précision
G82.3	Tétraplégie flasque
G82.4	Tétraplégie spastique
G82.5	Tétraplégie, sans précision
G83.8+0	*Locked-in syndrome*
Q74.3	Arthrogrypose congénitale multiple
R27.0	Ataxie, sans précision

Retour sommaire

K3) Liste 3 : critères de mobilité réduite

R26.30	État grabataire
R 26.38	Immobilité, autre et sans précision
Z74.0	Besoin d'assistance du fait d'une mobilité restreinte

K4) Liste 4 : restrictions extrêmes de l'autonomie

U90.0	Résistance aux antiépileptiques
Z51.5	Soins palliatifs
Z74.1	Besoin d'assistance (préciser « y compris nutritionnelle ») et de soins d'hygiène
Z74.2	Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
Z74.3	Besoin d'une surveillance permanente
Z74.8	Autres difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins
Z74.9	Difficulté liée à une dépendance envers la personne qui donne les soins, sans précision
Z93.0	(Présence de) trachéostomie
Z93.1	(Présence de) gastrostomie
Z93.2	(Présence de) iléostomie
Z93.3	(Présence de) colostomie
Z93.4	(Présence d')autres stomies de l'appareil digestif
Z93.5	(Présence de) cystostomie
Z93.6	(Présence d')autres stomies de l'appareil urinaire
Z93.8	(Présence d')autres stomies
Z93.9	(Présence de) stomie, sans précision
Z99.0	Dépendance envers un aspirateur
Z99.1	Dépendance envers un respirateur
Z99.1+0	Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1	Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8	Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen, non classé ailleurs
Z99.3	Dépendance envers un fauteuil roulant
Z99.8	Dépendance envers d'autres machines et appareils auxiliaires
Z99.9	Dépendance envers une machine et un appareil auxiliaire, sans précision

Retour sommaire

Appendice L – Liste des abréviations

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- AVQ : Activité(s) de la Vie Quotidienne
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladie, 10ème version
- CSP : Code de la Santé Publique
- CSS : Code de la Sécurité Sociale
- DCMPA : Diagnostic Correspondant au Mode de Prise en charge Associé
- DCMPP : Diagnostic Correspondant au Mode de Prise en charge Principal
- DG : Dotation Globale
- DP : Diagnostic Principal
- EJ : Entité Juridique
- EMS : Établissement MédicoSocial/ Établissements MédicoSociaux
- EHPA Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes
- ES : Établissement Social/ Etablissements Sociaux
- ESHAD : Établissement de santé pour l'Hospitalisation A domicile
- ESMS : Établissement Social ou Médicosocial
- ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- ET : Établissement
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FG : Fonction Groupage
- FIDES : Facturation Individuelle DEs Séjours
- FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
- GHPC : Groupes Homogènes de Prise en Charge
- HAD : Hospitalisation À Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IEM : Institut d'Éducation Motrice
- IK : Indice de Karnofsky
- IME : Institut Médico-Éducatif
- JORF : Journal Officiel de la République Française
- LEG (fichier) : Liste d'Erreurs de Génération
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique ou Odontologie

Retour sommaire

- MP : Mode de Prise en charge
- MPA : Mode de Prise en charge Associé
- MPD : Mode de Prise en charge Documentaire
- MPP : Mode de Prise en charge Principal
- NAS : Numéro Anonyme de Séjour
- NIPP : Numéro d'Identification Permanent du Patient
- NB : Nota Bene
- NPAD : Nutrition Parentérale A Domicile
- OQN : Objectif Quantifié National
- PdG : Programme de Groupage -
- PAPRICA : Programme d'Anonymisation et de Production des Résumés par sous-séquence anonymes et des Informations de Chaînage Associées
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- RAPSS : Résumé Anonyme Par Sous Séquence
- RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement
- RPSS : Résumé Par Sous Séquence
- SAE : Statistique Annuelle des Établissements
- SPR : Syndrome de Pierre Robin
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- T2A : Tarification A l'Activité

Retour sommaire

VI. INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Absence de MPA **12, 96**
Accident ischémique transitoire **24**
Accident vasculaire cérébral
antécédent 24
hémorragique 23
ischémique 23
ischémique transitoire (AIT) 24
séquelle 24
Acte médical **16**
activité 16
codage 16
extension documentaire 16
nombre de réalisations 16
phase 16
Acte médicotechniques **16**
Activité d'un acte **16**
Activités de la vie quotidienne **16, 155**
alimentation 159
comportement 161
continence 160
déplacements et locomotion 158
habillage 157
relation et communication 162
toilette 157
transferts 158
Admission en HAD **6**
Âge **20**
AIT ..... ***Voir*** **Accident ischémique transitoire**
Alerte lors du groupage **163**
Alimentation (dépendance) **159**
Anévrysme cérébral, rupture **23**
ANO, fichier **32, 34**
ANO-HOSP, fichier **33**
Antécédent
d'accident vasculaire cérébral 24
Antibiotique, résistance, multirésistance **154**
Aphasie **24**
Aplasie, surveillance **123**
Aredia® **129**
Assistance respiratoire **97**
Association
inattendue 44
Association MPPXMPA
autorisée 13, 125
erronée 13, 38, 125
inattendue 13, 44, 125
non autorisée 13, 38, 125
Assurance maladie
contrôle externe 35, 36
motif de non facturation 9
séjour facturable 9
Astérisque **(code)** **14**
ATU .... ***Voir*** **Médicament, autorisation temporaire d'utilisation**
Autorisation (de l'établissement d'HAD) **5**
Autres traitements **106**
AVC ..... ***Voir*** **Accident vasculaire cérébral**
AVQ ..... ***Voir*** **Activités de la vie quotidienne**

B

B2, normes **28**
Bactérie, porteur sain **151**
Baisse de la tension artérielle **151**

C

CCAM ..... ***Voir*** **Classification commune des actes médicaux**
Chainage anonyme **32**
index (numéro d'–) 34
Chimiothérapie anticancéreuse **101**
CIM–10 ..... ***Voir*** **Classification internationale des maladies**
Classification commune des actes médicaux . **16**
Classification internationale des maladies **22, 136**
catégorie 22, 136
chapitre XXII 22, 136
code à 3 caractères 22, 136
code à 4 caractères 22, 136
code *astérisque* 14
code *dague* 14
code étendu 22, 136
sous-catégorie 22, 136
Codage des diagnostics **14**
Codage des MP en pédiatrie **128**
Codage, confirmation **17, 39, 44, 125**
Code d'acte médical **16**
Code d'alerte (groupage) **163**
Code d'erreur (groupage) **163**
Code de la CIM–10
à 3 caractères 22, 136
à 4 caractères 22, 136
astérisque 14
avec un signe + ... 22, 136
dague 14
étendu 22, 136
Code géographique du domicile **20**
Code postal du domicile **9**
Code postal du lieu de résidence **9**
Code-retour du groupage **163**
Codes B95-B98 ..... **150**
Codes CIM-10 étendus **136**
Colonisation bactérienne **151**
Communication (dépendance) **162**
Comportement (dépendance) **161**
Confidentialité des informations **35**
Confirmation de codage **17, 39, 44, 125**
Continence (dépendance) **160**
Contrôle externe **35, 36**
Convention ESHAD-ESMS **20**

D

Dague **(code)** **14**
Date
d'entrée 6, 10
de début de la séquence 12
de début de sousséquence 17
de fin de la séquence 12

Retour sommaire

de fin de sousséquence 17
de l'hospitalisation 30
de naissance 9
de sortie 6, 10
DCMPA 15
DCMPP 14
Décès 11
Dénutrition 152
Dépendance 16, 155
alimentation 159
comportement 161
continence 160
déplacements et locomotion 158
habillage 157
relation et communication 162
toilette 157
transferts 158
Dépendance envers des machines 150
Déplacements (dépendance) 158
Dernière sousséquence du séjour 18
Destination 11
Diabète insulinonécessitant, insulinorequérant, insulinotraité 150
Diagnostic
correspondant au MPA 15
Diagnostic principal 14
Diagnostics
codage 14
correspondant au MPP 14
Domicile du patient 12
Dossier médical 6
Double codage 14
Douleur, prise en charge 104
DP ..... *Voir* DCMPP
Durée de la prise en charge, tranches .. 18, 39, 94

E

Éducation du patient et/ou de son entourage 115
MPD 133
Embolie cérébrale 23
Entrée
date 6, 10
mode 10
numéro 8
e-PMSI (plateforme) 32
é-PMSI (plateforme) 35
Erreur bloquante 13, 163
Erreur de groupage 163
Erreur non bloquante 163
ES/EMS
forfait de soins 20
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
modes de prise en charge autorisés 13
État grabataire 151
Extension de code (CIM–10) 22, 136
Extension documentaire d'un code d'acte 16
Extensions internationales et nationales de la CIM-10 136

F

Facturation
motif de non facturation à l'assurance maladie .. 9
par sousséquence 7
Facturation individuelle des séjours 30
Facture, numéro 8
FICHCOMP, FICHCOMPA 31
conservation des fichiers 36
transmission de FICHCOMPA 32
Fichier des conventions ESHAD-ESMS 20
Fichier LEG 163
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux 8
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) 5
FIDES 30
FINESS *Voir* Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN) 33
***Fonction groupage* 163**
code-retour 163
Formats des résumés 21

G

GHPC ..... *Voir* Groupe homogène, de prise en charge
GHT ..... *Voir* Groupe homogène, de tarifs
Grabataire, état 151
Grossesse à risque, surveillance 118
Groupage 18
alerte 163
code-retour 163
erreur 163
Groupe homogène
de prise en charge 18, 38
de tarifs 18, 38, 95

H

Habillage (dépendance) 157
Hémiplégie flasque 24
Hémorragie
(intra)cérébrale 23
extradurale 23
intracrânienne 23
sousarachnoïdienne 23
sous-durale 23
HOSP-PMSI, fichier 8, 34
Hypotension artérielle 151

I

Identifiant FINESS ..... *Voir* Numéro FINESS
Identifiant permanent du patient 9
Index (numéro d'–) du chainage anonyme 34
Indice de Karnofsky 14, 43, 135
Indice de pondération 39, 42
intermédiaire (IPI) 38
totale (IPT) 39
Infarctus cérébral 23
Infarctus du myocarde 151
Insuffisance rénale fonctionnelle 152
Insuffisance respiratoire aigüe, chronique 152

K

Karnofsky, indice 14, 43, 135
Kétamine 99, 104, 107, 110

Retour sommaire

L

Lieu de domicile du patient **12**
Locomotion (dépendance) **158**

M

MAGIC **33**
Malnutrition **152**
Médicament
autorisation temporaire d'utilisation 31
orphelin 31
payé en plus 29, 31, 40
MEOPA **99, 104, 107, 110**
Métoclopramide **99**
Midazolam **99, 104, 107, 110**
Mode
d'entrée 10
de sortie 11
Mode de prise en charge **96**
associé 12, 43
documentaire 13, 133
en EHPAD 13
incompatible 13
principal 12, 42
Molécule onéreuse ..... ***Voir*** **Médicament, payé en plus**
Morphine **99, 104, 107, 110**
Motif de non facturation à l'assurance maladie . **9**
MP autorisés en EHPAD **40**
MPA ..... ***Voir*** **Mode de prise en charge associé**
MPD ..... ***Voir*** **Mode de prise en charge, documentaire**
MPP ..... ***Voir*** **Mode de prise en charge principal**
Mutation **10, 11**

N

Naissance, date **9**
NIPP . ***Voir*** **Numéro d'identification permanent du patient**
Normes B2 ..... **28**
Nouveau-né à risque **122, 131**
Numéro
administratif du séjour 8
de facture 8
de la séquence dans le séjour 12
de séjour en HAD 8
de sousséquence 17
d'entrée 8
Numéro d'identification permanent du patient .. **9**
Numéro FINESS
EMS 12
Numéro FINESS **5**
d'inscription e-PMSI 7, 8
ES 12
Numéro FINESS
ESMS 20
Nursing lourd, soins **114**
Nutrition entérale **103**
Nutrition parentérale **98**

O

Œdème pulmonaire **153**

P

Pansements complexes et soins spécifiques **107, 130**
PAPRICA **19, 20, 21, 29, 34, 38, 163, 164**
PdG **163**
Pédiatrie **128**
Phase d'un acte **16**
Plateforme e-PMSI **32, 35**
Plus (signe + dans un code) **22, 136**
Polyhandicap lourd **14, 23**
Pompe ACP **100, 104, 105**
Pondération (indice) **38, 39, 42**
Porteur sain de germe **151**
Post partum **pathologique** **120**
Postopératoire, prise en charge **109**
Posttraitement chirurgical **109**
Prescription, validation **31**
Prise en charge psychologique et/ou sociale **124**
MPD 133
Prise en charge, tranche de durée **18, 39, 94**
Provenance **10**

Q

Qualité des informations **35**

R

RAPSS ..... ***Voir*** **Résumé, anonyme par sousséquence**
Rééducation neurologique **112**
Rééducation orthopédique **110**
Relation (dépendance) **162**
Résistance aux antibiotiques **154**
Résumé
anonyme par sousséquence 19
conservation 36
transmission 32
par sousséquence 5
conservation 36
groupé 19
standardisé de facturation 28
conservation 36
standardisé de facturation anonyme 29
conservation 36
transmission 32
Retour précoce à domicile après accouchement **119**
RPSS ..... ***Voir*** **Résumé, par sousséquence**
RSF ..... ***Voir*** **Résumé, standardisé de facturation**
RSFA .... **Voir Résumé, standardisé de facturation anonyme**
Rupture anévrysme cérébral **23**

S

Score AVQ
Interprétation 162
Secret professionnel **35**
Séjour en HAD **6**
Séjour facturable à l'assurance maladie **9**
Séquelle
d'accident vasculaire cérébral 24
Séquence **6**
date de début 12
date de fin 12

Retour sommaire

numéro dans le séjour 12
tranche de durée..... 18, 39, 94
Sexe 9
Signe + dans un code..... 22, 136
Soins de nursing lourds..... 114
Soins palliatifs 100
Solumédrol®..... 99
Sortie
date..... 6, 10
mode..... 11
Sousséquence 7
date de début..... 17
date de fin 17
dernière sousséquence du séjour..... 18
numéro..... 17
Stomie compliquée..... 107, 130
Surveillance d'aplasie 123
Surveillance de grossesse à risque..... 118
Surveillance de radiothérapie..... 116
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse 113
Syndrome
artères cérébrales (des)..... 24
Syndrome de Pierre Robin..... 130

T

Taux de minoration 40, 41
Tension artérielle, baisse..... 151
Thrombose cérébrale 23
Toilette (dépendance) 157
Traitement intraveineux 99
MPD 133
Tranche de durée de la prise en charge 18, 39, 94
Transfert..... 10, 11
Transferts (dépendance)..... 158
Transfusion sanguine 117
Transmission des informations 32
Type du lieu de domicile..... 12

U

Urécholine® 129

V

Validation de la prescription 31
VID-HOSP, fichier 30, 33, 34

Ce document est conforme à la nouvelle orthographe
www.orthographe-recommandee.info

Retour sommaire

FIN DE DOCUMENT

DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE
26, RUE DESAIX - 75727 PARIS CEDEX 15

ACCUEIL COMMERCIAL : 01 40 15 70 10

N° 2013/7 *bis*